Path. 434 fld Fournier

Vorlesungen

über

Syphilis hereditaria tarda

von

Alfred Fournier.

Übersetzt und bearbeitet

von

Dr. Karl Körbl,
prakt. Arzt in Bad Hall, O.-Oe.

und

Dr. Max. v. Zeissl,
Docent an der Universität in Wien.

Mit 31 Holzschnitten.

LEIPZIG UND WIEN.
FRANZ DEUTICKE.
1894.

157

BIBLIOTHECA
REGIA
MONACENSIS

Vorlesungen

über

Syphilis hereditaria tarda.

Vorlesungen

über

Syphilis hereditaria tarda

von

Alfred Fournier.

Übersetzt und bearbeitet

von

Dr. Karl Körbl, praktisch. Arzt in Bad Hall, O.-Oe.

und

Dr. Max. v. Zeissl, Docent an der Universität in Wien.

Mit 31 Holzschnitten.

LEIPZIG UND WIEN.
FRANZ DEUTICKE.
1894.

BIBLIOTHECA
REGIA
MONACENSIS

K. und k. Hofbuchdruckerei Karl Prochaska in Teschen.

Vorrede.

Bisher fehlt ein in deutscher Sprache verfasstes Werk über die tardive ererbte Syphilis, welches diesen für den praktischen Arzt so wichtigen Gegenstand in ausführlicher Weise, mit besonderer Berücksichtigung der klinischen Erscheinungen zur Darstellung bringt.

Die Uebersetzer hoffen deshalb, dass die deutsche Ausgabe des aus der Feder des hervorragenden französischen Syphilidologen hervorgegangenen Werkes so manchem Collegen willkommen sein wird.

Wien im Jänner 1894.

Die Uebersetzer.

Inhalts-Verzeichniss.

Seite

Vorwort. Was versteht man unter syphilis hereditaria tarda 1

I. Wissenschaftliches und praktisches Interesse des Gegenstandes — Gegenwärtiger Stand der Frage. Meinungsverschiedenheiten über dieselbe unter den jetztlebenden Pathologen 2

II. Einige Bemerkungen über syphilis hereditaria tarda 1 An Kindern; 2. an Adolescenten; 3. an Erwachsenen 5

III. Versuch einer Classification der klinischen Eigenthümlichkeiten, welche für die Diagnose der Lues hereditaria tarda benutzt werden können . 13

Erster Theil.

Elemente der Diagnostik der Syphilis hereditaria tarda.

IV. Constitution, Habitus, Aussehen 15

V. Verzögerung, Unvollkommenheit, Stillstand der physischen Entwickelung. — Infantilismus. Dystrophischer Einfluss der Syphilis hereditaria . . 16

VI. Difformitäten des Schädels und der Nase. Difformitäten der Stirne. Beulen des Schädels. Transversale Verbreiterung des Schädels. Natiformer Schädel. Difformitäten der Nase:
1) Einsenkung der Nase an ihrer Basis;
2) Angeborene Difformitäten der Nase 20

VII. Difformitäten betreffend die Knochen des Rumpfes und der Glieder. 1) Partielle Difformitäten — Anschwellungen der Knochen, mit Vorliebe als Sitz die Tibia wählend. — Tibiale Difformitäten. Pseudo-rachitische Krümmung der Tibia. — Säbelscheidenförmige Tibia. 2. Verkrümmung der Knochen, Deformation des Thorax, rachitische Verbiegungen 27

VIII. Der Rachitismus, in seiner Beziehung zur hereditären Syphilitis. Parrot's Lehre. Discussion. 31

IX. Narben der Haut und der Schleimhaut. Eigenthümliche Bedeutung, welche einige Narben ihrer Configuration, ihrer Ausdehnung, ihrem Sitze etc. etc. verdanken, Narben in der Lenden-, Gesäss- und hinteren Schenkelgegend. 36

X. Hutchinson's Trias 40

XI Erkrankungen des Auges. Antecedentien der Entzündungen des Auges. — Hinterlassene Narben 41

XII. Erkrankungen des Gehörorganes. Vorausgehender Ohrenfluss, Affection des Trommelfelles. Taubheit ohne nachweisbare Affection. Eigenthümliche Charakteristik dieser heredo-syphilitischen Taubheit 42

XIII. Missbildungen der Zähne. Einfluss der ererbten Syphilis auf die Zähne. Praktisches Interesse dieser Frage. 44

XIV. Verzögernng in der Entwickelung der Zähne 45

XV. Störungen in der Entwicklung der Zähne. Multiple Varietäten der Zahnerkrankungen. Was soll man unter „Syphilitischen Zähnen“ verstehen 46

XVI. Ungleicher Einfluss der Syphilis hereditaria auf die Milch- und bleibenden Zähne. Habituelle Vielfältigkeit, habituelle Symmetrie der Missbildungen der Zähne 47

Seite

XVII. Erosion der Zähne. Allgemeine Charakteristik — Erste Gruppe: Erosionen des Zahnkörpers. Becherförmige Erosionen. Facetteartige Erosionen. Furchenartige Erosionen. Erosion mit einer einzigen Furche. Erosionen mit multiplen Furchen (treppenartige Zähne) Flächen-Erosionen. Zweite Gruppe. Erosionen des Zahnrandes. 1. Spitzenförmige Mahlzähne. Feingespitzte Atrophie; kurzer Zahn, plateauförmiger Zahn. 2. Eckzähne; 3. Schneidezähne. Multiple Varietäten. Hutchinson's Zahn. Seine Eigenschaften — Schraubenzieher ähnlicher Zahn. Modificationen, die dem Hutchinson's Zahn durch das Alter aufgedrückt werden etc. . . . 48

XVIII. Häufige Coexistenz der verschiedenen Typen der Zahnerosion 60

XIX. Klinische Eigenthümlichkeiten der Erosionen der Zähne. Localisation. Habituelle Vielfältigkeit. Habituelle Symmetrie. Niveau der Erosion an der Zahnkrone.
Beschaffenheit der Erosion. Anatomische pathologische Uebersicht . 60

XX. Pathogenese der Erosion der Zähne 65

XXI. Aetiologie. Drei verschiedene über diesen Gegenstand geäusserte Meinungen . 67

XXII. Lehre v. H. Magitot. Warum sollte die Eclampsie nicht als die alleinige Ursache der Genese der Erosionen der Zähne betrachtet werden 68

XXIII. Zweite Lehre. Sollte der Einfluss der Syphilis hereditaria die wesentliche und alleinige Ursache der Erosionen der Zähne sein Erörterung und Widerlegung . 69

XXIV. Die Erosionen der Zähne sind nur unbedeutende, gewöhnliche Laesionen, die von verschiedenen und multiplen Ursachen abzuleiten sind. Die Syphilis dient ihnen als Ursprung in einer grossen Anzahl von Fällen. — Nachweis der pathogenetischen Beziehung der Syphilis hereditaria mit der Erosionen der Zähne.
Haben alle Varietäten der Erosionen denselben semeiologischen Werth? Eigenthümliche Bedeutung von Hutchinson's Zahn 72

XXV. Microdontismus . 80

XXVI. Amorphismus der Zähne 83

XXVII. Verwundbarkeit der Zähne. Verletzungen in Folge von Abnutzung und Trauma. Vorzeitige Caries. Vorzeitige Zerstörung der Milch- und der bleibenden Zähne . 86

XXVIII. Weisse Furchen. Unregelmässigkeiten der Zahnreihe. Verletzung der Kiefern. Anomalien und Stillstand in der Ausbildung der Zahnfächerränder . 89

XXIX. Diagnostische Bedeutung dieser verschiedenen Anomalien und Missbildungen der Zähne . 93

XXX. Erkrankungen der Testikel. Sklerotische Atrophie, Stillstand der Entwickelung der Hoden . 95

XXXI. Manifestationen seltener Art. Drüsen-Hypertrophien 97

XXXII. Chronische Hydarthrosen. Missbildende Arthropathien 98

XXXIII. Stillstand in der geistigen Entwickelung. Verschiedene Grade. Geistige Insufficenz. Geistig zurückgebliebene Kinder. Vollständigere Verstandeinbusse, die an den Idiotismus streift 101

XXXIV. Zeichen anderer Art, die zur Diagnose der Syphilis hereditaria beitragen 1. Massensterblichkeit der Kinder in den syphilitischen Familien, Beobachtungen und Statistik. 104

XXXV. 2. Untersuchung der Familie. Untersuchung der Verwandten. Untersuchung der anderen Kinder. Praktische Schwierigkeiten der Untersuchung. Wichtige Indicationen, die durch diese diagnostische Methode geliefert werden. Die Untersuchung der Familie des Kranken bildet gewöhnlich das diagnostische Kriterium par excellence 109

Zweiter Theil.

Aeusserungen der Syphilis hereditaria tarda.

I. Zwei Arten von Fälle bilden das, was man Syphilis hereditaria tarda nennt. Fälle, in welchen specifische Zufälle schon im Kindesalter eintraten. Fälle, in welchen die Syphilis hereditaria sich zum ersten Mal im mehr oder weniger vorgerückten Alter zeigt. Echtheit der Fälle dieser letzten Art . 113

Seite

II. Syphilis hereditaria tarda bei Kindern, Adolescenten und in der Jugend. Syphilis hereditaria tarda im Mannesalter 116
III. Klinische Aeusserungen der Syphilis hereditaria tarda. Statistik . . . 121
IV. Krankheiten des Auges,
1. Insterstitielle Keratitis. — Häufigkeit. — Geschichte. — Symptome. — Evolution. Ausgang. Rückfall und Recidive. Prognose. Aetiologie. Behandlung . 122
V. Keratitis. Frage über die Natur (der Krankheit) Meinungsverschiedenheiten über dieses Thema 136
VI. 2. Iritis . 143
VII. 3. Tiefe Augenentzündungen. Der habituellste Typus: der chorio-retinitis 147
VIII. Gehörstörungen . 150
IX. Taub-Stummheit . 163
X. Knochenerkrankungen . 164
I. Osteo-Periostitiden 168
II. Gummöse Osteo-Periostitiden 181
III. Gummöse Osteomyelitiden 185
XI. Folgen der Osteo-Periostitiden. Localisirte Muskelatrophie. Locale Entwickelungshemmung. Spontane Fracturen 186
XII. Diagnose. Differentialdiagnose 187
XIII. Missbildungen und Difformationen des Beckens 203
XIV. Gelenksaffectionen . 204
XV. Erscheinungen an der Haut. Häufigkeit der Hauterkrankungen als Ausdruck der hereditären Syphilis. — Gewöhnliches Verwechseln dieser Hauterkrankungen mit den Dermatosen der Scrophulose, vorzüglich mit dem Lupus . 210
XVI. Verschiedene Zeit des Auftretens — Klinische Form — Zwei Typen: trockenes tuberculöses Syphilid und das tuberculo-ulceröse Syphilid. — Beschreibung — Sitz — Gesicht und Bein als die Lieblingssitze — Entwicklung — Ende — Häufigkeit von phagädänischen Complicationen . 213
XVII. Differential-Diagnose — Grosse Wichtigkeit dieser Diagnose. Vergleich zwischen dem tuberculösen Syphilid und dem Lupus trockener Form — Parallele zwischen dem tuberculo-ulcerösen Syphilid und dem ulcerösen Lupus — Häufiges Nichtausreichen der durch die objectiven Symptome gelieferten Thatsachen — Bessere Schlüsse, gewonnen aus: 1. der Krankheitsentwicklung, 2. aus Anzeichen, die sich auf gleichzeitige Krankheitserscheinungen beziehen 3. aus den Antecedentien der Krankheit, 4. aus dem Examen der erkrankten Person, 5. aus der Untersuchung der Eltern nnd Geschwister. Mögliche Eventualität zu der Probebehandlung oder zur therapeutischen Diagnose Zuflucht nehmen zu müssen 221
XVIII. Affectionen der Schleimhäute Eintheilung 231
XIX. Erkrankungen der Nase — Häufigkeit — Eintheilung — I. Sichtbare Erkrankungen — Knotensyphilide von trockener und ulceröser Form — Mögliche Consequenzen: Perforation der Scheidewand; theilweise oder vollständige Zerstörung des unteren Theiles der Scheidewand, der Nasenflügel, der Nasenspitze; der ganzen Nase — II. Tiefe Erkrankungen — Besonders tückische Art der Entwicklung; sonderbares Weiterschreiten mit unbedeutendem Vorspiel und plötzlichen schweren Folgeerscheinungen — Ozoena — Necroseder Nasenknochen in der Tiefe — Drei Typen des endlichen Zerfalles 1. Einsinken der Basis der Nase. 2. Zusammenschrumpfen und Zurückweichen des untersten Theiles der Nase (nez dit en lorgnette), 3. Perforationen des Gaumens — Vergleich zwischen den Nasenerkrankungen scrophulösen und hereditärsyphilitischen Ursprunges 232
XX. Erkrankungen des Nasenrachenraumes. Ausserordentlicher Lieblingssitz: das Gaumensegel; gummöse Erkrankungen desselben. — Tückischer Beginn dieser Erkrankungen — Zuletzt endlich plötzliches und unerwartetes Erscheinen functioneller Störungen von grosser Wichtigkeit. Endliche Consequenzen: Ulceration, Perforation und Zerstörung des Velum — Häufiger Irrthum, indem man diese Erkrankungen der Scrophulose zuschreibt — Differential-Diagnose: 1. mit dem Lupus, 2. mit tuberculösen Geschwüren. 246

Seite

XXI. Erkrankungen der Gaumenbögen, des Pharynx, der Mundschleimhaut etc. 261

XXII. Affectionen des Larynx — Zwei Gruppen von Erscheinungen. I. Erscheinungen, die durch alte Erkrankungen, die von der ersten Jugend datiren, hervorgebracht werden. II. Larynxerscheinungen, die durch die gegenwärtige Erkrankung entstanden sind. — Drei Formen — Gewöhnliche Schwere der Erscheinungen — Differential-Diagnose — Elemente der Differentialdiagnose zwischen den hereditär-syphilitischen Larynxleiden und der Lungen-Phthyse. Erkrankungen der Trachea und der Bronchien . 263

XXIII. Affectionen der Genital-Schleimhaut — Leichte Verwechslung derselben mit den Erscheinungen einer venerischen Ansteckung — Möglichkeit von phagädänischen Complicationen 271

XXIV. Subcutane Gummen. Sitz — Einzelnform — Confluirende Form — Recidiven . 275

XXV. Muskelgummen — Gummen der Zunge 278

XXVI. Syphilitische Sarcocele 282

XXVII. Drüsenleiden — Falsche Drüsenscrophulose 284

XXVIII. Erkrankung des Nervensystems; — Eintheilung 287

XXIX. Gehirnerkrankungen. Häufigkeit der Gehirnaffectionen als Zeichen der hereditären Syphilis im frühen Jugendalter — klinische Beispiele — Ueberbleibsel dieser Gehirnerkrankungen des jugendlichen Alters. — Störungen der Motilität — Störungen der Intelligenz — Intellectueller Rückgang — Idiotismus 287

XXX. Späte Gehirnsymptome der hereditären Syphilis. Absolute Authenticität der Erscheinungen dieser Art 293

XXXI. Wie zeigt sich diese cerebrale Syphilis von hereditärer Herkunft klinisch — Welche Unterschiede sind beiläufig zwischen der cerebralen hereditären Syphilis und der durch Ansteckung acquirirten 296

XXXII. Anfangserscheinungen — Drei Hauptpunkte 297

XXXIII. Initialform mit epileptischen Erscheinungen — Zwei Typen: Typen der einfachen gewöhnlichen Epilepsie; Typus der Epilepsie, die von anderen Gehirnerscheinungen begleitet ist. Grand mal; petit mal — Entwicklung — Fall, wo die Epilepsie sich in ihrer Art, ohne Verbindung mit Phänomenen anderer Art entwickelt — Besondere Schwierigkeit dieser Art für die Diagnose — Fall, wo die Epilepsie, nachdem sie anfangs die Scene beherrscht hat, sich verwischt und in einem mehr complicirten Bild von verschiedenen cerebralen Störungen untergeht. (Congestive intellectuelle Störungen; Paralysen) 298

XXXIV. Einfluss der specifischen Behandlung auf die Art dieser Erscheinungen. Bedingungen des Erfolges oder Misserfolges dieser Behandlung . . . 308

XXXV. Diagnose — Eine einzige Erwägung, nämlich die Constatirung der Syphilis in den persönlichen oder hereditären Antecedentien, bestimmt die Diagnose — In dem Falle, wo sich bei dem Kranken keine Syphilis finden lässt, ist es nothwendig, die Untersuchung auf die Eltern oder die Kinder derselben Familie auszudehnen. — Klinische Beispiele, durch welche die Diagnose durch eine Untersuchung dieser Art rasch aufgehellt wurde 311

XXXVI. Initialform mit cephalalgischen Symptomen — Charaktere dieses anfänglichen, promonitorischen Kopfschmerzes.
Ausnahmsfälle, wo diese Form sich erhält und in ihrem Typus für eine kürzere oder längere Zeit bestehen bleibt 313

XXXVII. Initialform mit Symptomen, die den Charakter und die Intelligenz betreffen (mentale Form) — Fortschreitende geistige Schwäche — Moralische Störungen -- Krankheitsbild, das an das Erscheinen der tuberculösen Meningitis erinnert — Mehr oder weniger rasches Auftreten von anderen cerebralen Störungen — Ausnahmsfälle, in denen sich diese Form für eine kürzere oder längere Zeit erhält (permamente mentale Form). 317

XXXVIII. Eine Reihe anderer Symptome, welche ebenfalls als Anfangsformen auftreten können: congestive Störungen; motorische Störungen etc. Seltenheit der Hemiplegie als Anfangsform 322

XXXIX. Letzte Stadien der Erkrankung 323

XL. Allgemeine Physiognomie der Erkrankung in ihren späteren Stadien . 324

XLI. Dauer — Rascher oder meningitischer Typus — Langsamer Typus — Chronischer Typus . 326

Seite

XLII. Differential-Diagnose — Häufige, beinahe gewöhnliche Irrthümer bezüglich der cerebralen Symptome der hereditären tardiven Syphilis, welche sehr häufig der tuberculösen Meningitis oder auch Gehirntumoren, und selbst der gewöhnlichen Epilepsie zugeschrieben werden, — Ueber welche Grundelemente verfügt die Diagnose in dieser Frage? 328

XLIII. Abwesenheit eines besondern Symptomes, das der cerebralen hereditären Syphilis, wie auch der cerebralen Syphilis, die einer acquirirten Ansteckung folgt, — eigenthümlich wäre — Nothwendigkeit, die Diagnose auf Symptome gewöhnlicher Art hin zu machen 335

XLIV. Basis der Diagnose, die in einer ausschliesslichen Art, der Kenntnis der hereditären Antecedentien zukommt — Zweifelhafte Fälle verschiedener Art — Verlegenheit in der Praxis — Anzeichen, die man in Fällen dieser Art beobachten muss . 336

XLV. Affectionen des Rückenmarkes — Symptome der paraplegischen Reihe. Gewisse Paraplegien des jugendlichen oder des erwachsenen Alters können von einem hereditär-syphilitischen Einfluss ihren Ursprung haben 338

XLVI. Hereditär-syphilitische Tabes 341

XLVII. Sclerose en plaques . 344

XLVIII. Affectionen der Nerven 347

XLIX. Lungenaffectionen — Die hereditäre Syphilis kann in einem mehr oder weniger vorgeschrittenem Lebensalter specifische Lungenerkrankungen hervorbringen, die mit denen der acquirirten Syphilis identisch sind — Anatomisch-pathologische Fälle — Klinische Fälle. Gewöhnliche Verwechslung dieser hereditär-syphilitischen Phthyse mit der Lungenphthyse 349

L. Lebererkrankungen. Grad der Häufigkeit — Krankheitsformen u. interstitielle diffuse Hepatitis; gummöse Form — amyloide Form. Prognose, die sich auf jede dieser Formen bezieht — Elemente und Schwierigkeiten der Diagnose — Häufige Coexistenz mit Nieren- und Milzleiden — Einfluss der specifischen Behandlung — Einige Beispiele von Heilungen durch diese Behandlung in sehr schweren Fällen 354

LI. Nierenerkrankungen. Sehr unvollständiger Stand der Kenntnisse, die wir über diese Erkrankungen haben — Zwei Krankheitsformen scheinen häufiger zu sein, als die andern: die parenchymatöse Nephritis und die amyloide Degeneration. — Gewöhnliche Schwere dieser Erkrankungen 361

LII. Erkrankungen der Milz . 363

Dritter Theil.

Die in der Kindheit acquirirte Syphilis.

Parallele zwischen der in der Kindheit acquirirten Syphilis und der hereditären tardiven Syphilis.

I. Das bestehende Vorurtheil, dass die acquirirte Syphilis der Kindheit als absolut selten und ausnahmsweise zu betrachten sei — In Wirklichkeit, ist diese Syphilis, ohne allgemein zu sein, doch in einem gewissen Grade häufiger, als man gewöhnlich glaubt 366

II. Aetiologie. Zwei negative Thatsachen: Die in der Kindheit acquirirte Syphilis kommt niemals von dem her, was man die „Contagion au passage“ nennt; sie stammt niemals von einer mütterlichen Syphilis, die vor der Schwangerschaft bestanden hat — Zahlreiche Quellen der Ansteckung, specifische und gewöhnliche — Gefahren, die vom Stillen herkommen — Gefahren, die in dem Stillen mehrerer Kinder bestehen — Ansteckungen, die von vielen und verschiedenen Umständen des Aufziehens herkommen — Ansteckung von Kind zu Kind — Ansteckung im häuslichen Leben, — durch das gemeinsame Lager — Ansteckung, die durch verbrecherische Attentate entsteht – Ansteckung aus medicinischen Ursachen (Vaccination, Circumcision) — Zufällige Ansteckungen — Statistik über die relative Häufigkeit dieser verschiedenen Arten der Ansteckung . 368

III. Die acquirirte Syphilis der Kindheit bildet sich in einer gewissen allgemeinen Art, was ihre Symptome und Entwicklung betrifft, — der acquirirten Syphilis des Erwachsenen nach — Relativer Unterschied des Sitzes des Initialaffectes 385

Seite

IV. Gewöhnliche Gutartigkeit der Prognose, die schwer wird, manchmal sehr schwer bei gewissen besonderen Umständen — Besondere Gefährlichkeit der acquirirten Syphilis im ganz jugendlichem Alter — In jedem Fall besteht ein absoluter Contrast zwischen der in der Kindheit acquirirten und hereditären Syphilis 387

V. Wie überhaupt die Syphilis, so birgt auch die acquirirte Syphilis der Kindheit die Gefahr des Tertiarismus in sich — Beispiele von tertiären Erscheinungen aus diesem Ursprunge — Warum werden diese Erscheinungen so oft ihrer Natur nach verkannt — Häufige Verwechslungen dieser Erscheinungen mit denen scrophuloser Art — Traurige Consequenzen, die manchmal aus Irrthümern der Art entstehen . . . 391

VI. Differentialdiagnose zwischen der in der Kindheit acquirirten Syphilis und der hereditären. 397

VII. Fünf Hauptunterscheidungszeichen. 1. Epoche des Auftretens, 2. Art der Initialerscheinungen, 3. Allgemeine Physiognomie, Habitus — 4. Erkrankungen und Symptome, die nur der hereditären Syphilis eigen sind. 5. Contrast zwischen dem Alter des Kranken und der Art der Erscheinungen — Zahlreiche Fälle, wo keines dieser Zeichen in der Praxis benützt werden kann . 398

VIII. Welche Hilfsquellen bleiben der Diagnose in Fällen dieser Art — Zwei Reihen von Zeichen sind zu untersuchen. 1. Symptome oder Krankheitserscheinungen, welche den actuellen Zustand des Kranken betreffen. Annahmen, die zu Gunsten der hereditären Syphilis aufgestellt wurden, durch die Art gewisser Erscheinungen (interstitielle Keratitis, vollständige Taubheit ohne Krankheitserscheinungen: Knochenerkrankungen in gewissen Typen etc. — 2. Untersuchung der Person des Kranken — Zwei wirklich differential-diagnostische Zeichen: der Hutchinson'sche Zahn und gewisse Knochen-Deformationen (kahnförmiger Schädel), angeborene Missbildungen der Nase, (tibia en lame de sabre etc.)
Kein Zeichen ist jedoch hinlänglich sicher, um den Namen pathognomonisch zu verdienen — Man kann nur mehr oder weniger sichere Annahmen aus den Zeichen, die die Klinik liefert, ziehen — Verschiedene Eigenthümlichkeiten, welche man früher als Zeichen, die auf die hereditäre Syphilis Bezug haben, betrachtete, können ebenfalls durch die in der Jugend acquirirte Syphilis hervorgebracht werden — Beispiele: Erosionen an den Zähnen. Verspätung und Zurückbleiben der Entwicklung; Infantilismus . 403

IX. Ein wirkliches Criterium der Diagnose besteht 1. in Antecedentien des Kranken, 2. in einen Enquête über die Familie des Kranken
Wenn die Antecedentien fehlen, und unmöglich erforscht werden können, so bleibt die Untersuchung der Familie das äusserste und letzte Hilfsmittel der Diagnose.
Wissenschaftliche und praktische Dienste können in der That nur durch diese wahrhaft diagnostische Methode hervorgebracht werden 412

BAYERISCHE STAATS-BIBLIOTHEK MUENCHEN

Meine Herren!

Ich habe es mir zur Aufgabe gestellt, in einer Reihe von Vorlesungen, die bedeutungsvolle und wichtige Frage der Lues hereditaria tarda zu besprechen. Ich will zuerst genau feststellen, was man unter Syphilis hereditaria tarda versteht und was wir unter dieser Bezeichnung zum Gegenstand unseres gemeinsamen Studiums machen wollen.

Ich weiss wohl, dass die Bezeichnung Lues hereditaria tarda der Kritik so manchen Angriffspunkt bietet, ich behalte sie aber, nachdem ich ihre genaue Definition gegeben, wegen ihrer Bequemlichkeit und Kürze bei. Unter Lues hereditaria tarda versteht man das Gesammtbild der Erscheinungen einer Syphilis, welche durch Vererbung veranlasst wurde, und welche in einem späteren Lebensabschnitte des Kindes auftritt, d. h. sich im Verlauf der zweiten Kindheit, oder während des Jünglingsalters oder wenn das betroffene Individuum schon erwachsen ist, bemerkbar macht.

Im Gegensatz zur Lues hereditaria precox, welche unmittelbar oder rasch auf die Geburt folgt, ist die Syphilis hereditaria tarda diejenige, deren Erscheinungen in einem von der Geburt entfernteren Lebensalter auftreten, sei es nun, dass sie zu dieser Zeit zum erstenmale zu Tage treten, oder sei es, dass andere Symptome, welche denselben Ursprung hatten, in der allerersten Lebenszeit vorangingen. Um keinen Zweifel in Ihnen aufkommen zu lassen, will ich die Sache durch Beispiele klarlegen. Nehmen wir an, wir hätten ein Kind vor uns, welches von syphilitischen Eltern abstammt. Das Kind ist nahezu 12 Jahre alt geworden, ohne dass an ihm jemals irgend etwas, was den Verdacht auf Syphilis erwecken könnte, zu sehen war. Jetzt ist es mit Gummen oder mit einer Exostose, oder mit irgend einer anderen Affection behaftet, welche unzweifelhaft syphilitischer Natur ist. Das ist für mich und für die anderen Fachgenossen dasjenige, was man im höchsten Sinne des Wortes als Syphilis hereditaria tarda bezeichnet.

Im Gegensatz zu diesem Fall beschreiben wir folgenden: Ein anderes Kind, welches ebenfalls von syphilitischen Eltern abstammt, war in den ersten Monaten seines Lebens mit verschiedenen Syphiliserscheinungen behaftet. Einerlei, ob es damals behandelt wurde oder nicht, es wurde geheilt. Dann 10, 12, 15, 20 Jahre später und ohne dass eine neue Ansteckung erfolgt wäre, tritt neuerlich irgend eine Erscheinung der Syphilis auf. Das ist ebenfalls ein Fall von tardiver ererbter Syphilis.

Mit einem Worte und in allgemeinster Weise, jede specifische Erscheinung hereditärer Provenienz, welche sich im späteren Alter als in demjenigen zeigt, in welchem wir gewohnt sind, gewöhnlich die Erscheinungen der hereditären Syphilis zu sehen, kurz jede hereditäre Lues, welche nach dem 2. oder 3. Lebensjahre zum Ausdruck kommt, gehört in den Rahmen der Krankheit, welche wir übereinkommen, als Syphilis hereditaria tarda zu bezeichnen.

I.

Mein Bestreben, meine Herren, ist es, im Verlauf meiner Vorträge die nachfolgenden Lehrsätze, welche sich nach meiner Meinung zum Rang klinischer Wahrheiten erheben, zu beweisen.

1. Der ererbte Einfluss der Syphilis beschränkt sich — im Gegensatz zu einem sehr begünstigten Vorurtheil — nicht darauf, eine nur das früheste Alter betreffende Gruppe von Erscheinungen hervorzurufen.
2. Der Einfluss der ererbten Syphilis dauert über diese Zeit hinaus fort und verfolgt ihre Opfer noch während ihres späteren Lebenslaufes.

3. Sie äussert sich dann und wann das erstemal an ursprünglich von dieser unglücklichen Erbschaft verschont gebliebenen Individuen in einem mehr oder weniger von der ersten Kindheit entfernten Zeitpunkte.

4. Sie erzeugt auf eine oder die andere Weise, d. h. sei es als Folge von Erscheinungen, die während der ersten Kindheit auftreten, oder auf den ersten Schlag, und zwar öfter als man es im allgemeinen glaubt, im Verlaufe der zweiten Kindheit, im Jünglingsalter und an erwachsenen Individuen specifische Erscheinungen.

5. Endlich ist zu bemerken, dass die in Rede stehenden Erscheinungen, welche, was ihre Ursache anlangt, fast immer verkannt und ungerechtfertigter Weise zur Scrophulose gerechnet werden, zur Syphilis gezählt werden müssen, von welcher sie in Wirklichkeit hereditäre aber verspätete Aeusserungen sind.

Man stellt sich die ererbte Syphilis ausschliesslich an die erste Kindheit gebunden vor. Dies ist ein grosser Irrthum, oder besser gesagt, eine Meinung, die auf Grundlage zweier grosser Irrthümer entstand: Der eine Irrthum ist der, dass manche glauben, dass ein Kind, welches in seiner frühesten Lebensperiode mit specifischen Erscheinungen behaftet war, und durch eine antiluetische Behandlung von dieser befreit wurde, in späterer Zeit nichts mehr von Syphilis zu fürchten habe, und für immer von dieser Krankheit befreit sei.

Als zweiter verbreiteterer und in besserem Ansehen stehender Irrthum ist die Ansicht zu bezeichnen, welche dahin geht, dass ein von syphilitischen Eltern stammendes Kind sicher der hereditären Lues entgangen ist, wenn es in den ersten Monaten oder den ersten Jahren seines Lebens keine für Syphilis sprechende Erscheinungen dargeboten hat.

Durch die folgenden Vorträge, meine Herren, werden Sie sehen, ob diese beiden Irrthümer durch die klinische Beobachtung verurtheilt werden oder nicht. Dies, meine Herren, ist das grosse Programm, welches ich in diesem Jahre vor ihnen zu entwickeln beabsichtige.

Ich glaube mich nicht zu irren oder es ist das für das Studium eines jeden Arztes ein Gegenstand von höchster Wichtigkeit, wichtig sowohl vom wissenschaftlichen als auch vom praktischen Standpunkt.

Wissenschaftlich stehen wir, wie ersichtlich, einem Gegenstande von hervorragender Bedeutung gegenüber. Ist es nicht die Aufgabe des Pathologen jeden Krankheitstypus der klinischen Wahrheit entsprechend darzustellen, das heisst: einem jeden Krankheitsbilde, die ihm zugehörigen Manifestationen einzufügen, sowie die ihm fremden aus ihm zu entfernen? Besonders wichtig ist das Studium unseres Gegenstandes auch für unser praktisches Handeln.

Denn nimmt man die Existenz der Lues hereditaria tarda an und beweist, dass dieser Syphilis eine Reihe von Symptomen und Laesionen eigen ist, welche ungerechtfertigter Weise von ihr getrennt werden, so gibt man hiermit auch gleichzeitig die gegen diese Symptomen und Laesionen passende Behandlung an. Man betritt also einen neuen therapeutischen Weg, auf welchem man diesen Erscheinungen beikommen kann, man öffnet die Hilfsquelle eines mächtigen Heilverfahrens gegen dieselben, welches allein geeignet ist sie zu tilgen, und ohne welches man nur zu oft die unglücklichsten Folgen, ja selbst den Tod eintreten sieht.

Ueber dieses alles, meine Herren, werden Sie sich bald ein eigenes Urtheil bilden können, wenn ich Ihnen gezeigt haben werde, wie mannigfach, wie verschieden und wie schwer die Krankheitsäusserungen sind, welche die ererbte Syphilis in mehr oder weniger vorgeschrittenen Lebensphasen erzeugen kann. Für den Augenblick bitte ich Sie, mir den Beweis zu erlassen, ich werde ihn seiner Zeit erbringen und ich versichere Sie, dass er ein Sie befriedigender sein wird. Noch ein Wort, bevor ich auf unseren Gegenstand näher eingehe.

Mir liegt umsomehr am Herzen, meine Herren, die herditäre tardive Syphilis vor Ihnen zu besprechen, als diese von der Mehrzahl unserer Zeitgenossen vernachlässigt, ja fast geleugnet wird.

In den Lehrbüchern der internen oder externen Pathologie wird kaum der Zufälle erwähnt, welche nach langer Frist die ererbte Syphilis hervorrufen kann, ich könnte so manches Lehrbuch ersten Ranges erwähnen, in dem sich nicht die geringste diesbezügliche Andeutung findet. Nehmen Sie aber ein Lehrbuch der Syphilis zur Hand, so werden Sie sicher die in Rede stehende Frage erwähnt finden, aber in welcher Weise? In wortkarger, behutsamer, undeutlicher Weise; auf ein kurzes Capitel beschränkt, in welchem einige unsichere Beobachtungen aufgeführt werden, der ganzen Frage wird eher aus dem Wege gegangen, ihr ausgewichen, anstatt sie wirklich zu besprechen, sie zu ergründen, zu erörtern und zu entscheiden.

Was ist nun die Folge dieses Stillschweigens unserer hervorragenden Kliniker über diesen Gegenstand gewesen? Die, dass die gegenwärtige Generation der Aerzte diesem interessanten Probleme gleichgiltig, ich will nicht sagen, fremd gegenübersteht. In der jetzigen ärztlichen Welt ist man der Lues hereditaria tarda gegenüber sehr zweifelsüchtig. Um deutlich zu reden, man glaubt nicht oder nur wenig an ihr Vorkommen.

Ich kann Sie dessen aus Sachkenntnis und eigener Erfahrung versichern. Mir ist es z. B. wiederholt vorgekommen, dass wenn ich Fälle dieser Art vor meinen Berufsgenossen als Lues hereditaria tarda diagnosticirte, und diese meine Meinung durch Gründe, welche ich für annehmbare hielt, rechtfertigte, dennoch mit wenigen Ausnahmen, meine Meinung nur mit Erstaunen aufgenommen wurde, als wie wenn ich irgend eine seltsame Behauptung oder irgend eine besonders aben-

teuerliche These aufgestellt hätte. Anderseits habe ich oft mit Fachgenossen über unseren Gegenstand gesprochen, wie man unter Freunden in vertrauter Unterredung wissenschaftliche Themata häufig in instructiver Weise behandelt, in welchen Unterredungen ein jeder ohne Scheu das mittheilt, was er gesehen, was er in einer Lehre für richtig oder falsch hält. Aus derartigen Besprechungen habe ich den Eindruck gewonnen, dass die Lues hereditaria tarda bei uns sich nur eines sehr beschränkten Credites erfreut, und dass wenige an sie glauben.

Wenn ich Ihnen wahrheitsgemäss den gegenwärtigen Stand der Meinungen über unseren Gegenstand kurz mittheilen soll, so muss ich das Folgende sagen:

Einige unserer Fachgenossen würden die Syphilis hereditaria tarda gerne anerkennen. „Diese sagen, nichts ist im Principe logischer; warum soll denn die ererbte Syphilis nicht das Gleiche machen wie die erworbene. Aber sie möchten Beweise haben, um an sie glauben zu können, und zwar gute Beweise und in genügender Anzahl.“ Nichts ist gerechtfertigter.

Andere — und diese bilden, wie ich mit Bedauern feststelle, eine imposante Majorität — bestreiten die Authenticität einer Syphilis hereditaria tarda, und bezeichnen sie, als einen theoretischen, illusorischen Einfall. Sie halten sie durch die bisherigen Beobachtungen für nicht erwiesen, und erheben Einwendungen, die auf die Ursachen von Irrthümern hinweisen, die nur auf eine falsche Spur führen können und eine erworbene Syphilis mit einiger Wahrscheinlichkeit in eine ererbte umwandeln. So führen sie sogar gegen die Lues hereditaria tarda z. B. die zufälligen oder verbrecherischen Ansteckungen, denen die Kinder ausgesetzt sind, die Verderbtheit der Wüstlinge, die rohe Behandlung, die Lügen der Betheiligten, mit einem Worte alle Zufälligkeiten und es gibt deren viele, welche bei der Ursache der Ansteckung eine Rolle spielen können, an. Für einige ist es eine abgemachte Sache, die ererbte Spätsyphilis zu verwerfen, indem sie ihre Stimme gegen die Tendenz der Syphilis, ihr Gebiet immer mehr zu erweitern, erheben. Sie sagen nämlich die Ansprüche der Syphilis finden kein Ende, jetzt will sie sich wieder unter dem Namen der tardiven hereditären Syphilis an die Stelle der Scrophulose setzen und nimmt für sich Erscheinungen in Anspruch, welche die Scrophulose im Kindes- und Jünglingsalter hervorruft. Andere wieder, treten gegen die von uns vertheidigte Lehre mit den Waffen der Ironie auf, indem sie meinen, dass dieselbe ein bequemes Hinterthürchen schafft, dessen sich wenig bedenkliche Söhne bedienen, welche es für gut finden sich auf Kosten ihrer Väter für unschuldig an den von ihnen selbst begangenen Sünden zu erklären.

Uebrigens fügen sie hinzu, hat Voltaire schon längst diese Frage entschieden, indem er uns die Geschichte des braven Ehegatten erzählte, der zuerst sehr erstaunt war, von seiner Frau in der Brautnacht Syphilis zu acquiriren, dann aber dies sehr natürlich fand, als ihm seine Frau erklärte, dass die Syphilis in ihrer Familie ein väterliches Erbtheil sei. Aber was liegt daran, meine Herren, trotz Voltaire — der übrigens sehr erstaunt sein würde bei Besprechung einer wissenschaftlichen Frage dieser Art genannt zu werden — trotz des Spottes, trotz der Zweifelsüchtigen und der Gleichgiltigen, wir glauben doch an eine Lues hereditaria tarda, weil wir zu diesem Glauben durch die klinische Beobachtung geführt und berechtigt werden.

Man sagt uns, dass wenn der Einfluss der ererbten Syphilis sich an einem Individuum äussern soll, dass dies augenblicklich geschieht, dass dieser Einfluss sich während der ersten Wochen, spätestens während der ersten Monate des Lebens und zwar nothwendiger Weise, ja unvermeidlich, geltend machen muss. Man sagt uns, dass dieser Einfluss seine Wirksamkeit in fast ausschliesslicher Weise auf das erste Kindesalter concentrirt und beschränkt, ohne sich in den nachfolgenden Lebensjahren geltend zu machen. Man sagt uns, dass die Scrophulose eine bekannte, genau beschriebene Erkrankung ist, deren Erscheinungen niemals mit der ererbten Syphilis verwechselt werden könnten. Man sagt uns, dass die Anmassungen der Syphilis modern sind, und dass es Zeit ist, sich dagegen zu wehren etc. etc. Auf dies alles antworten wir im Namen der Klinik:

1. Wenn die ererbte Syphilis sich am häufigsten gleich nach der Geburt oder kurze Zeit nach derselben äussert, so gibt es nichtsdestoweniger gut beobachtete Fälle, in welchen sie lange in Ruhe und latent bleibt, in welchen sie in der ersten Kindheit keine Erscheinungen macht, sondern solche erst in späterer Zeit.

2. Ob sie nun während der ersten Kindheit manifest oder latent ist, sie erstreckt ihren specifischen Einfluss doch weit über das erste Kindesalter; sie vermag dasselbe wie die erworbene Syphilis, d. h. sie äussert sich durch Erscheinungen von langer Dauer, oder präciser gesprochen, sie kann im Verlaufe der zweiten Kindheit, des Jünglingsalters. der Jugend und des reifen Alters specifische Erscheinungen hervorrufen,

3. Die späten Erscheinungen der ererbten Syphilis werden aus zahlreichen und verschiedenen Gründen, was ihre Natur anlangt, verkannt, besonders werden sie oft für scrophulose gehalten; dass solche Irrthümer häufig vorkommen und noch täglich begangen werden, werde ich noch in verschiedenen Beispielen zeigen können.

4. Endlich hat man keinen Grund sich über die angeblichen „Anmassungen" der Syphilis zu beklagen (wohl verstanden um nosologische Anmassungen), wenn dieselben nur durch die Klinik zu rechtfertigen sind. Man muss diese Anmassungen vielmehr als Fortschritte betrachten, als Wohlthaten, weil sie der Behandlung neue Hilfsquellen erschliessen, weil sie dazu führen, dass man jetzt das heilen kann, was, bevor sie bestanden, nicht geheilt wurde.

Aber genug der einleitenden Worte, gehen wir zu den Thatsachen.

II.

Bevor ich in die Einzelnheiten und die genauere Krankheitsschilderung eingehe, scheint es mir zweckmässig einige Fälle vorzuführen, welche sich uns zur Untersuchung darbieten. Die Auseinandersetzung dieser klinischen Beobachtungen, wird zu Beginn unserer Studien den doppelten Vortheil bieten, dass wir den Gegenstand, welchen wir behandeln, genau definiren und seine Authenticiät feststellen können.

Als Beispiele, als Probestücke werde ich Ihnen in gedrängter Kürze die Krankengeschichten einzelner Fälle der hereditären tardiven Syphilis mittheilen. Ich brauche nach solchen Fällen nicht lange zu suchen; ich werde sie, wenigstens zum grossen Theil, aus den Krankensälen meiner Klinik nehmen, in welchen sie dieselben mit Musse studiren konnten oder noch studiren können.

Erinnern Sie sich zunächst, meine Herren, an das kleine Kind von $4^1/_2$ Jahren, welches seit einigen Monaten von seiner Mutter regelmässig am Mittwoch in unser Ambulatorium gebracht wird. Als wir es das erstemal im Monate März sahen, bot es zwei eminent specifische Erscheinungen dar, nämlich eine sehr charakteristische interstitielle Keratitis, einen Typus der Keratitis, welcher so ausgezeichnet von Hutchinson beschrieben wurde, und von dem ich in Bälde genau zu sprechen haben werde, und eine beiderseitige Sarkokele, welche durch eine harte, holzige, knotige Anschwellung der Hoden charakterisirt war.

Aus diesem Symptomencomplex, und ohne dass wir die Mutter befragten, schlossen wir sofort auf Syphilis, und sprachen auch sofort die Vermuthung aus, dass dieselbe ererbt sein dürfte. Diese Diagnose fand, wie Sie wissen, eine dreifache Bestätigung u. zw.: 1. Durch das Geständniss des Vaters, dass er einige Jahre vor der Geburt des Kindes Syphilis erworben hatte. 2. Durch die Erzählung der Eltern, dass ihr Kind, als es einige Wochen alt war, mehrere für syphilitisch erklärte Erscheinungen dargeboten habe, welche vom Arzt auch als solche behandelt wurden; und zwar fanden sich multiple Geschwüre an den Geschlechtstheilen, Papeln an der Mundschleimhaut, mit Krusten bedeckte Efflorescenzen an der Kopfhaut etc. 3. Durch den raschen Erfolg der specifischen Behandlung, welche in beiläufig einem Monate die beiden früher erwähnten Zufälle beseitigte.

Das zweite Beispiel entnehme ich meiner Privatpraxis. Es handelt sich um ein schönes Beispiel jener Gehirnsyphilis der Kinder, welche man so häufig mit anderen Erscheinungen cerebraler Natur, besonders mit der tuberkulösen Meningitis verwechselt.

Ein mit Syphilis inficirter Mann verheiratet sich zu frühzeitig. Er inficirt, wie dies in solchen Fällen die Regel, seine junge Frau, an welcher ich am Labium einen syphilitischen Primäraffect constatirte, der alsbald von consecutiven Erscheinungen gefolgt wurde. Von diesem inficirten Paare stammt ein Kind, welches drei oder vier Wochen nach der Geburt, einige leichte, aber unleugbare Zeichen ererbter Syphilis darbietet (Erosionen am Gesäss, Papeln im Munde etc.). Das Kind wird behandelt und geheilt, $7^1/_2$ Jahre verlaufen, ohne dass an dem Kinde irgend etwas für Syphilis verdächtiges zu beobachten war.

Nun theile ich Ihnen die ebenso eigenthümlichen als auch unerwarteten Erscheinungen mit, die plötzlich, obgleich das Kind sich anscheinend der besten Gesundheit erfreute, auftraten. Ich werde diese Symptome später genau schildern, jetzt will ich sie nur aufführen. Während weniger Wochen verwandelt sich das Kind vollständig in Bezug auf seine Intelligenz und seinen Charakter. Bisher verständig, aufmerksam, fleissig, wird es zu einem schlechten Schüler, der faul, gleichgiltig und nachlässig ist, und widerwillig arbeitet, der seine Pflicht nicht mehr oder schlecht erfüllt, seine Aufgaben nicht mehr lernt, vergisst was es wusste oder verlernt etc.

Während das Kind früher lebhaft und unbändig war, ist es jetzt schwerfällig, apathisch, traurig, schweigsam, brummig. Von Zeit zu Zeit klagt es über Schwindel, Ohrensausen, vorübergehende Gesichtsstörungen. Es klagt über Kopfschmerz, der zuweilen so heftig wird, dass sich das Kind niederlegen muss, während solcher Schmerzanfälle kann das Kind das Licht nicht vertragen, so dass man es im Finstern

lassen muss. Einige Wochen vergehen unter einem Zustande eines unbestimmten Uebelbefindens. Plötzlich erfolgt ein epileptischer Anfall.

Unversehens fällt das Kind bewusstlos zusammen, schlägt in „schrecklichen" Convulsionen um sich, hat Schaum vor dem Munde, beisst sich in die Zunge, lässt Harn unter sich und schläft endlich ein. Im Verlaufe einer Woche folgen dem ersten zwei andere schwere Anfälle. Da wurde ich zu Rathe gezogen. Da ich die Antecedentien der Eltern und des Kindes kenne, hatte ich keine Schwierigkeit, aber auch kein Verdienst, wenn ich sofort erkannte, worum es sich handelte. Sicher — und im übrigen ist dies ein Glück — müssen die vorliegenden Erscheinungen, namentlich die epileptischen Anfälle auf eine Gehirnsyphilis bezogen werden. Deshalb verordnete ich eine Behandlung mit Jod- und Quecksilberpräparaten in grosser Dosis. Der Ausgang bestätigt meine Diagnose. Unter der Einwirkung dieser Behandlung verschwinden die Kopfschmerzen und die Congestionzustände wie durch einen Zauber, die epileptischen Anfälle erneuern sich nicht mehr, die Intelligenz stellt sich wieder her etc. Kurz alle Zufälle schwinden vollständig, das Kind ist geheilt.

Hier liegt sicher ein unbestreitbarer Fall von Gehirnsyphilis vor, welche bei einem $7^1/_2$ Jahre alten Kinde in Folge vererbter Lues bedingt wurde.

Der 3. Fall betrifft ein etwas älteres Kind. Ein kleiner 11 Jahre alter Knabe wird uns wegen greulicher Zerstörungen seines Mundes und seiner Nase zugeschickt. Es besteht eine ausgebreitete Nekrose des Oberkiefers, welche schon das Ausfallen mehrerer Zähne veranlasst hat, Erkrankungen der Knochen der Nasenhöhle, Perforation der Nasenscheidewand, Ausfluss aus der Nase, Ozäna, des weiteren findet man eine frische Ulceration des Gaumensegels, welche dasselbe durchbohrt hat. Die Perforationsstelle liegt gerade vor dem Zäpfchen. Der blosse Anblick dieser Erscheinungen gestattet uns sofort die Diagnose auf Syphilis zu stellen, welche übrigens noch durch deutlichere Spuren zweier vorausgegangener Syphilisaffectionen bestätigt wird. Es sind dies eine Hornhauttrübung, welche nach einer Keratitis, die 3 Jahre früher bestand, zurückblieb, und eine Deformation des Schienbeines infolge einer Hyperostose, die sich zur gleichen Zeit entwickelt hatte.

Wir verordnen eine specifische Behandlung, und unsere Diagnose wird durch die sofortige Rückbildung der Krankheitserscheinungen und die Reparation, soweit eine solche noch im Bereiche der Möglichkeit lag, bestätigt. Woher rührte nun diese Syphilis?

Die diesbezügliche Nachforschung ergab: 1. Dass das von seiner Mutter gestillte und in seiner Familie erzogene Kind, keiner Ansteckungsgefahr ausgesetzt war, und ausser den früher erwähnten Symptomen niemals die geringste einen Verdacht auf eine Infection gestattende Erscheinung dargeboten hatte. 2. Dass der Vater Syphilis durchgemacht hatte und mit Erscheinungen des papulösen Stadiums zur Zeit, als das Kind gezeugt wurde, behaftet war. 3. Dass die Mutter zur selben Zeit an verschiedenen Symptomen (Hautausschlägen, Alopecie, Angina etc.) litt, die aller Wahrscheinlichkeit nach gleichfalls luetischer Natur waren.[1])

[1]) Man bemerke wohl, dass in diesem Falle die ersten Erscheinungen, welche die ererbte Syphilis verriethen, erst gegen das 8. bis 9. Jahr auftraten. Bis dahin war das Kind ganz verschont gewesen. In dieser Beziehung sprachen sich die Eltern ganz

Hier haben wir also, meine Herren, 3 Fälle hereditärer Syphilis, die im 4., 7. und 10. Lebensjahr Erscheinungen der Lues zeigten. Ich könnte noch eine beträchtliche Anzahl solcher Fälle mittheilen.

Ich bitte noch zu bemerken, dass diese 3 Fälle mit allen Beweisen ihrer Authenticität ausgerüstet sind. Die beobachteten Erscheinungen waren sicher specifische, es kommt der Erfolg der Behandlung und das Eingeständnis der Eltern, dass sie mit Syphilis inficirt waren, dazu. Es sind dies vollständige und typhische Fälle; es fehlt nichts zu ihrer Beweiskräftigkeit. Vielleicht irre ich mich aber nach dem Dafürhalten einiger meiner Fachgenossen, die keinen Beweis ohne die Controle der pathologischen Anatomie gelten lassen. Einzelne Sceptiker acceptiren den theoretischen Beweis von Lehrsätzen nur dann, wenn derselbe auf dem Sectionstische erbracht wurde. Wie sonderbar auch ein solches Verlangen sein mag, so brauchen wir über dasselbe umsoweniger zu klagen, als wir die Mittel besitzen, um es zu befriedigen. Ich lege Ihnen jetzt als Ergänzung des Beweises, eine anatomische Thatsache vor, welche ich einem anderen Autor entlehne, weil ich nicht immer nur meine eigenen Erfahrungen vorbringen will.

Dowse [1]) hat mit ausführlichen und interessanten Einzelnheiten den nachstehenden Fall, den ich mit kurzen Worten mittheilen will, veröffentlicht. Es handelte sich um ein zartes, von einem syphilitischen Vater stammendes Kind, an welchem bis zu seinem 10. Lebensjahr keinerlei ernstliche Krankheitserscheinungen beobachtet wurden. Zu dieser Zeit entstand ein zerfallendes gummöses Syphilid des Gesichtes; die Nase deren Spitze zerstört ist, ist verstümmelt; Ozäna, Mangel des Geruchssinnes etc. Kurze Zeit darauf entsteht cerebrale Syphilis, die sich durch eine lange Reihe von Symptomen, wie Kopfschmerzen mit nächtlicher Steigerung des Schmerzes, epileptische Anfälle, geistige Störung, Gesichtsstörungen, Augenmuskellähmungen, Facialislähmung, Anästhesie der einen Gesichtshälfte, Gleichgewichtsstörungen, Benommenheit, Aphasie, partielle Hemiplegie etc. äussert. Das Kind starb und will ich von den Ergebnissen der Section nur die beweisendsten für unsere Frage hervorheben:

1. Es fanden sich drei gummöse auf der Convexität der Hemispheren aufliegende Infiltrate, welche der Dura mater adherent waren und von ihrem Gewebe ausgingen;

2. Fanden sich Veränderungen an den Blutgefässen (sowohl bei Untersuchung mit dem Mikroskope, als auch bei Untersuchung mit freiem Auge), welche mit der von Heubner beschriebenen vollständig identisch waren, und welche nach der allgemeinen Anschauung den Typus dessen bilden, was man Lues der Arterien nennt. Welcher Fall könnte noch beweisender sein wie dieser. Ich will mich mit dem Vorgebrachten begnügen. Was die Kindheit anlangt, sind die Beweise erbracht. Sehen wir nun, ob die hereditäre tardive Syphilis in gleicher Weise für die späteren Lebensjahre zu erweisen ist.

kategorisch aus. Wir frugen sie ungezählte Male in dieser Richtung aus, und immer wieder versicherten sie, dass das Kind bis zum 8. Lebensjahre nicht die geringste Krankheit, namentlich in seiner frühesten Lebenszeit auch nicht das geringste Knötchen oder den unbedeutendsten Ausschlag gehabt habe. Dieser Fall wäre also ein Beispiel einer bis zum 8. Jahre latent gebliebenen hereditären Lues.

[1]) Thomas Stretch Dowse, Syphilis of the brain and spinal cord. New-York 1879. pag. 21.

Während des Jünglingsalters sind die Fälle noch sehr zahlreich. Ich werde Ihnen einige mittheilen, die ich ohne grosse Auswahl aus den mir zur Verfügung stehenden herausgreife.

Eine von Dr. Surmay in der chirurgischen Gesellschaft von Ham mitgetheilter Fall bezieht sich auf ein Kind, welches von syphilitischen Eltern stammt, und im Alter von 3 Wochen einzelne specifische Erscheinungen zeigte, von welchen es durch eine zweckmässige Behandlung geheilt wurde. Es vergehen dann mehr als 16 Jahre, ohne dass an dem Kinde etwas Verdächtiges zu beobachten ist. Im 16. Lebensjahre wird das Kind von einer Osteoperiostitis einer Tibia betroffen. Diese Krankheitsäusserung (welche, wie wir sehen werden, zu denjenigen gehört, welche am häufigsten durch die hereditäre, tardive Syphilis hervorgerufen werden) ist als eine syphilitische bekannt, wird mit Jodkalium behandelt und durch dieses vollständig zum Schwinden gebracht. Dr. Surmay sagt in dem Commentar, welchen er zu dieser Beobachtung gibt: „Ich kannte die Antecedentien dieses jungen Mannes, weil ich ihn an den syphilitischen Zufällen, an welchen er in seiner Kindheit litt, behandelte. Ich war also sofort über die Natur dieser Knochenerkrankung im Klaren. Was wäre aber geschehen, wenn ein anderer Arzt wegen dieser Erkrankung zu Rathe gezogen worden wäre? Zur Zeit, als sie entstand, war der Vater todt und nur der Vater allein hatte sowohl von der Syphilis seines Kindes als von der seiner Frau Kenntnis; die Mutter war sogar über die Natur ihrer eigenen Erkrankung im Unklaren. Der wahre Ursprung der Krankheit des Kindes wäre also ohne Zweifel unbekannt geblieben und anstatt Syphilis hätte man Scrophulose [1]) diagnosticirt. Zweifeln Sie nicht daran, dass es thatsächlich sehr oft geschieht; bei solchen Fällen wird gewöhnlich die Diagnose: Scrophulose anstatt Lues hereditaria gemacht.

Eine andere Beobachtung verdanken wir Hutchinson.[2]) Dieser sah ein syphilitisches Kind, welches von syphilitischen Eltern herstammte; dasselbe hatte in seiner frühesten Jugend eine Keratoiritis überstanden und traten an ihm im 11. Lebensjahre verschiedene Manifestationen der Diathese, wie: Vergrösserung der Leber, Ascites, Albuminurie, multiple Knochenauftreibungen auf. Eine so grosse Anzahl von Knochenauftreibungen, wie in diesem Falle zur Beobachtung kamen, sind an einem und demselben Individuum relativ selten. Diese beträchtlichen und harten Knochenauftreibungen, von denen einzelne im Atlas Hutchinsons abgebildet sind, betrafen gleichzeitig die Ulna, die Oberschenkelknochen, die Tibien und die Wadenbeine. Horand hat folgenden Fall berichtet: Ein von einer syphilitischen Mutter abstammendes Mädchen wurde zwischen dem 12. und 15. Lebensjahre von einer Keratoconjunctivitis befallen, auf welche eine Trübung der Hornhaut folgte. Im 18. Lebensjahre kam es zur Nekrose des Palatum und zur Ozäna. In Folge der Erkrankung des Gaumens kam es zur Perforation und schritt die Ulceration an der Peripherie weiter. Unter Jodbehandlung trat alsbald Besserung und schliesslich Vernarbung ein. [3]) Ich zeige Ihnen hier noch diese schöne Moulage, welche ich der Geschicklichkeit des Herrn

[1]) Bulletins de la Soc. de chirurgie, 1881. pag. 535.

[2]) Illustrations of klinikal surgery. pl. 9. London, 1878.

[3]) Voy. F. Chaboux. De certaines lésions de la région naso-pharyngienne que l'on doit rapporter à la syphilis. (Thèses de Paris, 1875, no. 430, p. 47.)

Jumelin[1]) verdanke. Diese Moulage ahmt die Natur so treu nach, dass ein jeder von Ihnen auf den ersten Blick eine gummöse Erkrankung des Beines erkannt hat. Sie sehen hier thatsächlich zerfallende Gummata vor sich, welche dadurch ausgezeichnet sind, dass sie Geschwüre erzeugen, welche mit aufgeworfenen, steil abgeschnittenen Rändern versehen sind, einen dunkelrothen Hof und einen unebenen, eitrigen Grund zeigen. Die specifische Behandlung hat diese Erkrankung als syphilitische erwiesen, indem das grosse Geschwür rapid durch dieselbe heilte. Wer war nun von diesen Gummen befallen gewesen? Ein 18-jähriger Bursche, der sich bisher noch niemals der Gefahr einer Ansteckung ausgesetzt hatte, aber er ist der Sohn eines syphilitischen Weibes, welches von einem Kinde, bei welchem es Ammendienste verrichtete, inficirt worden war. Aber der Einfluss der hereditären Syphilis hat ihn noch mit zwei anderen Symptomen stigmalisirt, nämlich durch eine Hornhautnarbe, als Merkzeichen einer abgelaufenen Keratitis, und durch eine Missbildung der Zähne. Auf diese eigenthümliche Erkrankung der Zähne werden wir noch später näher eingehen müssen. Sie sehen also, dass unser Lehrsatz ebenso für das Jünglingsalter als für die Kindheit erwiesen ist. Nach dem, was vorausgegangen ist, kann man es nicht leugnen, dass die ererbte Syphilis sich im Jünglingsalter durch verschiedene Erscheinungen specifischer Natur äussern kann. Hört der Einfluss der hereditären Syphilis hier auf? Nein. Derselbe kann vielmehr weit in das fernere Leben hineinreichen und das will ich jetzt beweisen.

Sie erinnern sich ohne Zweifel an einen 24-jährigen jungen Mann, welcher durch mehrere Monate im Bett 25 des Krankensales St. Louis lag, und der durch zwei grosse, tiefe Zungengeschwüre veranlasst worden war, unser Krankenhaus aufzusuchen. Das Aussehen dieser Zungengeschwüre war ein so charakteristisches, dass wir sofort die Diagnose stellen konnten. Es handelte sich offenbar und zweifellos um gummöse Herde, wie aus dem tiefgreifenden Zerfall dieser Geschwüre, aus ihren Rändern, welche steil mitten in das harte Gewebe hineingeschnitten schienen, aus ihrer kreisförmigen Anordnung, aus ihrem gelblichen, jauchigen Grunde, aus welchem man mit der Pincette sphacellescirende Fetzen hervorziehen konnte, hervorging. Eine Differentialdiagnose war weder mit Krebs noch mit Tuberkulose, noch mit einer anderen der Syphilis fremden Erkrankung zu stellen. Die Behandlung entschied die Frage in kürzester Zeit; denn die Erscheinungen, welche wirklich sehr schwere und drohende waren, heilten mit der Jodtherapie bis zum 7. Februar vollständig. Dass derartige Erscheinungen innerhalb von drei Wochen durch Jodkalium heilen, kommt einem mathematischen Beweis für ihre syphilitische Natur gleich. Denn nur auf die Syphilis übt das Jod so schnell einen so mächtigen Einfluss. Und dennoch leugnet der junge Mensch, obwohl er lange sorgfältig und zu wiederholtenmalen ausgefragt wurde, dass er jemals in früherer Zeit an Syphilis erkrankt war. Niemals hatte er einen Schanker, niemals Erosionen am Penis oder an anderen Körperstellen gehabt und ebensowenig waren an ihm Ausschlag, Geschwüre im Munde, Krusten am behaarten Kopfe, Ausfallen der Haare und Schwellung der Lymphknoten am

[1]) Museum des Spitals St. Louis. Privatsammlung Fourniers Nr. 420.

Halse etc. beobachtet worden. Mit einem Worte, wir fanden nichts an ihm, was auf erworbene Syphilis hindeuten konnte.

Anderseits hat eine retrospective Enquête, welche mit Geduld und grösster Genauigkeit von meinen Freunde Dr. Broc vorgenommen wurde, uns gelehrt, erstens dass der Kranke von einem Vater, welcher sicher an Syphilis gelitten hatte, herstammte und dass dieser Vater von Dr. Puche wegen allgemeiner Syphilis behandelt worden war; zweitens, dass die Mutter gleichfalls und zu wiederholten Malen wegen syphilitischen Erscheinungen in Behandlung gestanden war; drittens, dass unser Kranker ein Monat nach seiner Geburt mit Papeln am Munde und am Anus, derentwegen er einer mercuriellen Behandlung unterzogen wurde, behaftet gewesen. Kann es in Bezug auf die Geschichte eines Krankheitsfalles etwas Genaueres, Vollständigeres und Befriedigenderes geben?

Nehmen Sie einen Augenblick an, meine Herren, dass ich Ihnen statt des vorhergehenden Falles die Geschichte eines Mannes erzählt hätte, welcher mit 20 Jahren Syphilis acquirirte und 24 Jahre später an der Zunge Gummata bekommen hatte. Welche Einwendungen würden Sie gegen ein solches Vorkommen ins Feld führen können? Keine einzige, nicht wahr? Sie würden in diesem Falle alles ganz correct, ganz normal und der gewohnten Entwicklung der Syphilis entsprechend finden; denn wenn es eine leider nur zu bewiesene Wahrheit gibt, so ist es die von dem Fortbestand der syphilitischen Diathese im menschlichen Organismus, so ist es die lange Lebensdauer, ich würde fast sagen, die fortwährende Dauer der Diathese, welche sich noch durch verschiedene Zufälle — u. z. durch Zufälle, deren Schwere Sie kennen — 20, 30, 40 Jahre und länger nach dem Beginn der Infection äussert. Nun, meine Herren, diese Thatsache, welche Sie als normal, regelmässig und den Eigenschaften der Syphilis entsprechend annehmen, diese Thatsache findet sich auch in der Geschichte unseres Kranken. Es ist eine Syphilis, welche 24 Jahre nach der ersten Erkrankung sich wieder durch Gummata an der Zunge äussert, nur rührte bei ihm die erste Contamination aus dem intrauterinen Leben her, während wir sie in dem von uns oben gewählten Beispiele im 20. Lebensjahre statthaben liessen. Aber die Syphilis mag in welchem Alter immer erworben sein, so bleibt sie doch immer Syphilis und ich sehe keinen Grund, warum die im Uterus erworbene Syphilis nicht im Stande wäre, das zu erzeugen, was die durch Ansteckung im extrauterinen Leben erworbene Syphilis hervorzurufen vermag. Das heisst, warum die ererbte Syphilis nicht im Stande sein soll, irgend eine Erscheinung früher oder später hervorzurufen, warum sie nicht im Stande sein soll, eine chronische Evolution der Erscheinungen, eine unbegrenzte Fortdauer der Diathese hervorrufen zu können. Ich frage mich und suche umsonst, was unlogisch darin ist, wenn man annimmt, dass wenn die Syphilis den menschlichen Organismus vor der Geburt inficirt, sie dasselbe thun könne, wie eine Syphilis unter ganz anderen Bedingungeu, d. h. in diesem Organismus fort bestehen und mehr oder weniger spät durch verschiedene Zufälle sich bemerkbar machen. Ich glaube vielmehr, dass es unlogisch wäre, das Gegentheil anzunehmen, nämlich, der ererbten Syphilis eine Heilbarkeit und Fähigkeit zu erlöschen zuzuschreiben, welche ihr leider nicht eigenthümlich ist. Aber gehen wir darüber hinweg im Namen der Vernunft; denn es ist ja von Haus aus klar, dass die ererbte Syphilis dieselbe Entwicklung und dieselbe

lange Dauer wie die erworbene Syphilis haben muss. Uebrigens wird dies alles durch die Thatsachen und die klinischen Beobachtungen bestätigt und Sie haben es ja an den vorgebrachten Beispielen gesehen, dass die Thatsachen vollständig das bestätigen, was man theoretisch voraussetzen darf. Ein anderes Beispiel wird Sie vollständig überzeugen und dieses soll das letzte sein; denn ich fange wirklich zu fürchten an, Sie durch die monotone Aneinanderreihung von Beobachtungen, welche unter einander mehr oder weniger gleichartig sind, zu ermüden, sowie auch die Abschliessung eines Beweises über das nothwendige Maass hinauszuspinnen.

In der letzten Zeit hatten wir auf unserer Klinik einen 28-jährigen Mann, welcher wegen eines gummösen Syphilides, welches die vordere Hautpartie des Unterschenkels einnahm und sich über einer durch chronische Hyperostose verdickten Tibia entwickelt hatte, das Spital aufsuchte. Auch in diesem Falle war die Diagnose feststehend und unbestreitbar, übrigens wurde sie noch durch den prompten Erfolg der Behandlung, welche die Erscheinungen an der Haut in wenigen Wochen zum Schwinden brachten, sichergestellt. Durch verschiedene Betrachtungen, über welche ich, um nicht zu weitschweifig zu werden, hinweggehe, waren wir genöthigt, hereditäre Syphilis als Ursache der Erscheinungen, welche wir vor uns hatten, anzunehmen. Unsere Nachforschungen wurden in diesem Sinne eingeleitet und dieselben ergaben das folgende:

1. Dass der Vater des Kranken aller Wahrscheinlichkeit nach, vor der Geburt dieses seines Sohnes syphilitisch gewesen ist; dass auf jeden Fall die Mutter syphilitisch gewesen ist, denn 16 Monate nach der Geburt dieses Kindes verlor sie den weichen Gaumen und das Zäpfchen in Folge specifischer Zufälle.

2. Was unseren Kranken selbst anbelangt, so wurde er 3 Monate alt in das Kind Jesu-Spital aufgenommen, weil er Erscheinungen zeigte, welche Trousseau als syphilitische diagnosticirte und derentwegen er einer antisyphilitischen Behandlung mit Sublimatbädern unterzogen wurde. Mit 5 Jahren erkrankten die Knochen der beiden Ellbogengelenke, mit 7 Jahren überstand er schwere Augenentzündungen, die sein Gesicht schädigten. In seinem 15. Lebensjahre trat eine neue Reihe viel schwererer Erscheinungen auf, wie Geschwüre und Knochenerkrankungen der Nasenhöhle mit multiplen Nekrosen, Einsinken der Nase, ausgebreitete Ulcerationen am harten Gaumen, am Gaumensegel, den Gaumenbogen, den Mandeln und im Pharynx, Verstümmelung aller dieser Organe, welche jetzt zum Theile fehlen, zum Theil mit beträchtlichen Narben bedeckt sind etc.; endlich entstanden später neue Ulcerationen an der Oberlippe und der Nase und wurde zur selben Zeit eine Nekrose des Zahnfortsatzes des Oberkiefers beobachtet.[1]) Mit einem Wort, hier sehen Sie an ein und demselben hereditärsyphilitischen Kranken eine ganze Reihe von Erscheinungen, welche vom 3. Lebensmonate bis zum Alter von 28 Jahren ablaufen. Alle diese Zufälle tragen den Stempel der Syphilis an sich und dienen — wenn ich mich so ausdrücken darf — sich gegenseitig als Zeugen in Bezug auf ihren gemeinsamen specifischen Ursprung. Welche beweisendere Beobachtung könnte man wünschen, dass die im Uterus entstandene Syphilis ihre Opfer bis in das Mannesalter zu verfolgen vermag,

[1]) P. Méricamp, Contribution à l'étude des arthropathies siphilitiques tertiaires, p. 81. (Thèses de Paris, 1882.)

geradeso wie wir jeden Tag sehen können, dass die in der Jugend erworbene Syphilis noch bis ins spätere Mannesalter, ja selbst bis in das späteste Alter den Ausbruch ihrer Erscheinungen verlängern kann. Ich will es hiemit genug sein lassen und zwar aus zwei Gründen: erstens glaube ich, dass der Beweis, den ich führen wollte, erbracht ist, und zweitens besitze ich keine persönlichen Erfahrungen, welche in unwiderleglicher Weise feststellen würden, dass die ererbte Syphilis sich auch noch 30 Jahre nach der Geburt äussern könne.[1]) Ich weiss wohl, dass man Fälle citirt hat, in denen der ererbte Einfluss der Syphilis sich weit in das Leben hinaus bis ins 40., 44., 46., ja selbst bis ins 65. Lebensjahr erstreckt haben soll. Aber diese Fälle bieten, ich kann es ja jetzt sagen, das Ensemble der wissenschaftlichen Garantien, welches die Ihnen bis jetzt mitgetheilten Beobachtungen einwurfsfrei machte, nicht. Ich werde also diese Beobachtungen beiseite lassen; ich werde sie absichtlich mit Stillschweigen übergehen, um nicht durch zweifelhafte Thatsachen, welche Angriffe der Kritik zulassen, den Lehrsatz, welchen ich vorgeführt und durch Thatsachen gestützt habe, die nach meiner Meinung nicht zu widerlegen sind, in ein schlechtes Licht zu stellen. Man werfe mir diese Strenge gegen Autoren, welche solche in Rede stehende Fälle, die ich aus dem Rahmen unserer Besprechungen für den Augenblick ausschliesse, besprochen haben, nicht vor. Aber eine besondere Strenge ist bei dem Gegenstande unserer Besprechung unbedingt nothwendig, da derselbe noch immer discutirt, bestritten, geleugnet, ja dessen Existenz von einzelnen Collegen sogar in Frage gestellt wird. Meine Pflicht scheint es nur zu sein, für das Gebäude, welches ich zu errichten suche, solides Material zu sammeln; d. h. nur ausschliesslich vollständige und vorwurfsfreie Fälle vorzuführen. Es ist sicher mein Recht, dass ich in der Streitsache, die ich führe, nur solche Thatsachen vorbringe, für welche ich die Verantwortung übernehmen und tragen kann. Meine Herren, ich habe auseinandergesetzt, welcher Gegenstand uns beschäftigen soll, ich habe nachgewiesen, dass er rechtsgiltig besteht. Wir wollen also jetzt auf den Gegenstand eingehen.

III.

Wenn wir nun genauer in unser Thema eindringen, tritt uns zunächst eine sehr wichtige Frage entgegen. Diese Frage ist die folgende: Aeussert sich die hereditäre Syphilis abgesehen von den specifischen

[1]) Ich habe zwar in meinen Notizen mehrere Fälle, in denen sich die Erscheinungen der Syphilis erst im 40., 41., 43. und 47. Lebensjahre entwickelten und mit einiger Wahrscheinlichkeit auf dem Einflusse der ererbten Syphilis zu beruhen schienen. Aber nicht einein ziger dieser Fälle ist genug vollständig und präcis in Bezug auf die Antecedentien, um als beweisend und unumstösslich hingestellt zu werden. Einem jeden dieser Fälle fehlt es da oder dort, so dass Einwände gegen dieselben möglich sind. Ich werde also auf dieselben im Folgenden keine Rücksicht nehmen können: Ich für meine Person bin fest überzeugt, dass die ererbte Syphilis gerade wie die erworbene noch sehr lange Zeit nach der Geburt Erscheinungen erzeugen kann. Aber ich bin nicht in der Lage, das zu beweisen und zwar aus folgenden Gründen. Wenn man auf so lange Zeiträume von 40, 50 und 60 Jahren zurückgehen will, so stösst man auf fast unüberwindliche Schwierigkeiten. Für Ereignisse, welche so lange Zeit früher stattfanden, ist die Erinnerung erloschen, die Krankengeschichten sind vernichtet, wie ich mich oft genug durch die Erfahrung überzeugen konnte. Es kann und nur durch einen glücklichen Zufall eines Tages eine gute einwandsfreie Beobachtung, welche sich auf präcise Angaben über den Kranken stützen wird, entdeckt werden. Aber ein solcher Zufall hat sich bis jetzt, soviel ich weiss, noch nicht ereignet.

Krankheitserscheinungen, welche sie zufällig hervorbringen kann, durch irgend welche besondere Krankheitserscheinungen, welche geeignet sind, sie zu verrathen und die Aufmerksamkeit des Beobachters auf sie zu lenken? Mit anderen Worten: fällt ein Individuum, welches unter dem Einflusse der hereditären Syphilis steht, dem Auge des Arztes durch irgend welche Eigenthümlichkeiten, z. B. durch seine Physiognomie, durch seinen Habitus, durch seine körperliche Entwickelung, durch seine Constitution, durch irgend welche Narbenstigmata etc. auf? Gibt es wirklich Zeichen, welche es gestatten, die ererbte Syphilis, unabhängig von den specifischen Erscheinungen, welche sie in einer früheren oder späteren Phase ihrer Entwicklung hervorrufen kann, zu erkennen oder zu vermuthen? Das ist das Problem, welches wir studiren wollen. Ich brauche Ihnen wohl nicht zu sagen, welches Interesse sich an dasselbe knüpft. Denn, wenn es irgend ein solches Zeichen, welches auf eine hereditäre Belastung mit Syphilis hindeutete, gäbe, werden Sie begreifen, welch' eine wichtige und erwünschte Aufklärung für die Diagnose dasselbe betreffs der speciellen Fälle, die uns interessiren, geben würden. In Bezug auf die Frage, welche wir gestellt haben, autorisirt uns die Erfahrung folgende Antwort zu geben: ja, für eine bestimmte Anzahl von Fällen, ja sogar für die grössere Mehrzahl derselben gibt es Zeichen, welche den aufmerksamen Beobachter veranlassen, an ererbte Syphilis zu denken, d. h., wenn ein Individuum unter dem Einflusse der hereditären Syphilis steht, welche sich durch keinerlei Symptome verräth, so ist es doch möglich, bei diesem Individuum, dank bestimmter Eigenthümlichkeiten, welche wir sogleich besprechen werden, die angeborene Diathese zu vermuthen, zuweilen sogar ihre Existenz zu erweisen. Aber fügen wir gleich hinzu, dass diese Eigenthümlichkeiten, welche uns auf die hereditäre Syphilis aufmerksam machen, durchaus nicht constant sind. Einerseits können sie ziemlich abgeschwächt, ziemlich undeutlich oder so wenig ausgeprägt sein, dass die Diagnose keine sie sichernde Momente aus diesen Erscheinungen gewinnen kann, anderseits ist es nicht gar so selten, dass sie ganz fehlen.

Wir wollen, um es nicht bei jedem Capitel wiederholen zu müssen, es gleich hier sagen, dass keine der erwähnten Eigenthümlichkeiten, an und für sich pathognomonisch im stricten Sinne ist. Wenn es ein pathognomonisches Zeichen für die ererbte Syphilis gäbe, so wäre dasselbe längst entdeckt, da der Gegenstand so genau studirt und vielfach abgehandelt wurde, und wir brauchten die Fragen, die uns beschäftigen, nicht zu erörtern.

Wir verfügen im vorliegenden Falle nur über ein Ensemble von Erscheinungen, welche nichts aus sich selbst erklären, die nur einen relativen Werth für die Diagnose haben, und es wird unsere Aufgabe sein abzuschätzen, was sie für die Wahrscheinlichkeit oder Sicherheit unserer Diagnose für einen Werth haben. Was aber formale, positive Symptome anlangt — wiederholen wir das Wort pathognomonische — so haben wir solche nicht, und werden wir solche aller Wahrscheinlichkeit nach, nie kennen lernen. Dies sei ein für allemal festgestellt. Nach dieser Einleitung wollen wir zur Sache selbst kommen.

Ich habe gesagt, dass es gewisse klinische Eigenthümlichkeiten gibt, welche für die Stellung der Diagnose auf hereditäre tardive Lues benützt werden können. Welche sind das? Um ihnen die Sache verständlicher und dieselbe dem Gedächtnis leichter einprägbar zu machen,

habe ich versucht die erwähnten Eigenthümlichkeiten methodisch zu vertheilen und in eine bestimmte Zahl von Gruppen zu bringen.

I. Constitution. Habitus, Gesichtsausdruck.
II. Verspätung, Unvollständigkeit, Stillstand der körperlichen Entwicklung.
III. Difformitäten des Schädels und der Nase.
IV. Difformitäten der Knochen, des Stammes und der Extremitäten.
V. Stigmatisirung durch Haut- und Schleimhautnarben.
VI. Augenerkrankungen.
VII. Erkrankungen und Störungen im Bereich des Gehörorganes.
VIII. Umbildung der Zähne.
IX. Erkrankungen der Hoden.

Diese Eintheilung ist eine provisorische und steht für alle Modificationen, für alle Vervollständigungen, die die Fortschritte der Wissenschaft bringen können, offen. Nehmen sie dieselbe also für das, was sie ist, für ein Resumé, welches dem gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse angepasst ist, andererseits für einen methodischen Führer auf der Suche nach den mannigfachen und den verschiedenartigen Elementen, welche für die Diagnose der hereditären tardiven Syphilis nothwendig werden können. Diese Elemente wollen wir jetzt der Reihe nach einer Untersuchung unterziehen, und das soll den ersten Theil unserer Vorlesungen bilden.

Erster Theil.

Grundzüge zur Diagnostik der Syphilis hereditaria tarda.

IV.

1. Constitution. Habitus, Gesichtsausdruck etc.

Ich werde diesen Paragraph kurz fassen. Derselbe behandelt nur äusserst vage Eigenthümlichkeiten von geringer Bedeutsamkeit, welche überdies für die Gesammtdiagnose, so interessant sie selbst sein können, nur geringen Werth besitzen.

Es ist sicher, dass in einer bestimmten Anzahl von Fällen, d. h. sehr häufig, die Individuen, welche unter dem Einfluss der ererbten Syphilis stehen, und die ich kurzweg Hereditärsyphilitische nennen will, sehr zart sind, eine wenig widerstandsfähige Constitution haben, schwächlich und schmächtig sind. In der Regel sind sie mager und haben meistens eine schwach entwickelte Muskulatur. Charakteristisch ist das folgende Kennzeichen: ihr Teint ist blass und oft noch mehr graulich als blass. Ihre Hautfarbe ist dunkelgrau, ich wiederhole absichtlich dieses Wort, u. zw. ist es ein schmutziges, fast erdiges Grau. Dieses letztere Symptom empfehle ich besonders Ihrer Aufmerksamkeit, weil es beachtenswerth und in bestimmten Fällen frappant ist.[1]) Das

[1]) Diese Eigenthümlichkeit ist so frappant, dass ich durch dieselbe auf den ersten Blick veranlasst wurde, den Verdacht auf ererbte Syphilis zu schöpfen. Uebrigens wird dieselbe nicht nur von mir, sondern auch von anderen Beobachtern erwähnt. Hutchinson legt grossen Werth auf die erdfahle Blässe der hereditärsyphilitischen Individuen: „Das ist, sagt er, eine der häufigsten Erscheinungen der hereditären Syphilis und dieselbe fehlt nur selten. Es ist äusserst selten, dass man ein hereditärsyphilitisches Individuum mit dem Teint eines gesunden Menschen findet.“ (Clinical lectures and reports by the med. and surg. staff of the London hosp. 1865 vol. II. p. 151.)

Ensemble, welches vorausgeschickt wurde, enthält nur ganz vage und banale Symptome und auf kein einziges derselben allein könnte man jemals eine sichere Diagnose basiren; denn der Gesichtsausdruck, der Habitus, der Teint, die Constitution — alles das, was wir beschrieben haben — findet sich bei Individuen, welche zufälligerweise aus irgend einem Grunde geschwächt wurden und alle diese Erscheinungen bieten nichts charakteristisches für die Syphilis. Das Interesse des 1. Paragraphen liegt also nicht in der Aufzählung dieser Eigenthümlichkeiten. Es besteht vielmehr — um die Wahrheit zu sagen — in der nachfolgenden negativen Eigenthümlichkeit: die Hereditärsyphilitischen bieten niemals (mit Ausnahme eventueller Concidentien) den Gesichtsausdruck und den Habitus des Scrophulosen dar, mit welchen sie nichtsdestoweniger so häufig auf gleiche Linie gestellt und unrichtigerweise verwechselt werden. Also sie zeigen niemals die zarte, weisse und durchscheinende Haut des Scrophulosen; sie bieten niemals die Frische, den rosig angehauchten Teint, welche die Elemente dessen bilden, was man die scrophulose Schönheit nennt; sie zeigen niemals die massige Hypertrophie der Oberlippe, niemals die blaurothe Färbung der Extremitäten, niemals die Gänsehaut der Streckseiten, niemals die chronische Acne des Gesichtes, niemals die blauen, mit Frostbeulen versehenen Hände, welche man so häufig bei strumösen Individuen findet. Die Abwesenheit dieser und so vieler anderer Zeichen, welche ich mit Stillschweigen übergehe, bildet zwischen unseren Kranken und den Scrophulosen einen wesentlichen Unterschied, welchen hervorzuheben wichtig ist, weil die Diagnose daraus einen Nutzen ziehen kann. Vergessen Sie nicht, dass der gewöhnliche Fehler, welcher bei diesen Fällen zu vermeiden ist, der Irrthum, gegen den unsere gegenwärtigen Anstrengungen sich richten, gerade derjenige ist, welcher bisher die hereditäre Syphilis absorbirt und verdunkelt hat, indem er dazu die Veranlassung gab, sie mit der Scrophulose zu verschmelzen.

V.

2. Verspätung, Unvollständigkeit, Stillstand der physischen Entwicklung.

An einer beträchtlichen Anzahl hereditärluetischer Individuen fällt die verspätete und unvollständige physische Entwicklung auf.

Wenn man über ihre früheste Kindheit Auskünfte erhält, so erfährt man, dass die Kinder langsam wuchsen, spät zu gehen und zu sprechen anfingen und spät zahnten.

Als Beispiel kann einer unserer Kranken dienen.

Derselbe konnte sich mit 17 Monaten nur schwer auf seinen Beinen halten, geschweige denn, dass er gehen konnte. Ein Kranker, den Jackson sah, fing erst mit zwei Jahren zu gehen an.

Ein anderer ging erst mit 25 Monaten und stammelte erst mit 2 Jahren und neun Monaten einige Worte.

Barthélemy und Parinaud theilen einen schönen Fall mit. Eine cerebrale Lues täuschte eine tuberkulose Meningitis vor, das von einer luetischen Mutter stammende Kind fing erst mit 2 Jahren zu gehen, mit 27 oder 28 Monaten zu sprechen an. Ich könnte noch eine ganze Reihe ähnlicher Fälle anführen.

Nach den ersten Lebensjahren, ist das in dieser Zeit bei gesunden Kindern sonst so lebhafte Wachsthum bei den luetischen ein müh-

seliges. Die Entwicklung der luetischen Kinder ist äusserst langsam, so als wie wenn sie durch ein organisches Leiden oder eine ungenügende Ernährung behindert würden.

Wenn endlich das Alter erreicht ist, in welchem das Wachsthum aufhört, erscheinen diese Individuen klein, winzig, häufig sogar sehr tief unter der gewöhnlichen mittleren Grösse. Gleichzeitig sind sie von gracilem Körperbau. Sie haben einen kleinen Leib, kleine Extremitäten; sie scheinen in allen Proportionen verjüngt, es sei das Wort gestattet, ihre ganze Person erscheint wie zugestutzt. Auffällig ist besonders die Körperkürze, denn diese findet sich in einer grossen Anzahl von Fällen. Man kann ohne Uebertreibung sagen, dass diese Hereditärluetischen als Erwachsene kleine Männer und kleine Frauen sind.

Ich habe die letzten 6 Kranken dieser Art, die an meiner Klinik behandelt wurden messen lassen. Die Resultate waren folgende:

		Alter	Körperlänge
1. Fall	Mann	18 Jahre	*m* 1·50.
2. „	„	19 „	„ 1·43.
3. „	Weib	16 „	„ 1·42.
4. „	„	19 „	„ 1·36.
5. „	„	17 „	„ 1·35.
6. „	„	18 „	„ 1·33.

Die beiden Weiber in der dritten und vierten Beobachtung wurden gewogen und hatten die eine ein Gewicht von 40, die andere von 36 *kg*.

Gleichzeitig mit dieser Langsamkeit oder diesem Stillstande des Wachsthums äussert sich die verzögerte Entwicklung noch durch verschiedene im nachfolgenden angegebene eigenthümliche Züge. Handelt es sich um einen Knaben, so bleiben die Hoden klein, rudimentär, ähnlich denen eines Kindes, „kindlich", wie wir das nennen; der Bart, der lange auf sich warten liess, besteht lange Zeit aus blonden, spärlichen, vereinzelten, dünngesäten Milchhaaren. Ebenso entwickeln sich die Haare an den Genitalien und in der Achselhöhle langsam und ebenso, vielleicht noch langsamer die Haare des Körpers und der Extremitäten. Mit einem Wort, verspätete Mannbarkeit.

Wenn es sich um ein Mädchen handelt, so entwickeln sich die Brüste sehr langsam, oft gar nicht; die Menstruation tritt spät, im Alter von 17, 18, 19 Jahren oder noch später auf. Die Haare am Körper entwickeln sich ebenfalls langsam; die Schamgegend und die Achselhöhlen bleiben über die Pubertätszeit glatt.

Als Beispiel führe ich Ihnen dieses junge Mädchen vor, welches wegen verschiedener Erscheinungen der hereditären Syphilis in Behandlung steht. Obwohl sie achtzehn Jahre alt ist, sind ihre Brüste wie die eines 10 Jahre alten Mädchens, die Regeln sind noch nicht eingetreten, und die Schamgegenden sind fast absolut glatt. Also meine Herren, durch die geringe Körperlänge, durch die allgemeine Verspätung in der Entwicklung der Organe und Function bleiben diejenigen Individuen, welche unter dem Einfluss der hereditären Syphilis stehen, lange Zeit Kinder. Sie sind noch Kinder in dem Alter, in dem sie Jünglinge sein sollen, und Jünglinge in einem Alter, in dem sie schon junge Männer, fast Menschen mit vollendeter Entwicklung sein sollten. Solche Individuen erscheinen immer jünger als sie wirklich sind. Man gibt ihnen in der Regel 4, 5 oder 6 Jahre weniger als sie haben. Es ist das viel für eine

Lebensperiode, wie das Jünglingsalter, in welchem einige Jahre mehr oder weniger zu einer totalen Umwandlung eines Individuums genügen.

Ein Wort fasst alle diese Charaktere zusammen, und Sie werden es schon jeder für sich ausgesprochen haben, es ist das Wort Infantilismus.

Dieser ist einer der Züge, welche die Physiognomie der hereditären Syphilis zusammenzusetzen; es ist dies keine constante Erscheinung, ich wiederhole es nochmals, aber eine sehr gewöhnlich auftretende. Ich habe dies schon wiederholt hervorgehoben und Sie auf die einschlägigen Kranken aufmerksam gemacht. Erst heute zeigte ich Ihnen ein schönes Beispiel davon. Uebrigens bin ich nicht der Einzige, dem diese Erscheinung aufgefallen ist; ich finde dieselbe, wenn auch nicht unter der von mir gewählten Bezeichnung, in einer grossen Anzahl von Beobachtungen beschrieben, welche Beobachtungen umso interessanter und bedeutungsvoller sind, als sie ohne Voreingenommenheit aufgezeichnet wurden. Diese retrospective Controle, die uns solche Fälle bieten, ist werthvoll und scheint mir der beste Beweis, welchen ich für die Bedeutsamkeit des in Rede stehenden Symptomes vorbringen kann. Hutchinson und Jacson[1]), Lewin[2]), Klink[3]), Laschkewitz[4]), Duncan Bulkley[5]), Schwimmer[6]) beschreiben, dass junge Leute von 18—23 Jahren, welche mit hereditärer Syphilis behaftet waren, den Eindruck von 12—14-jährigen Kindern machten.

Ich könnte noch eine ganze Anzahl solcher Fälle citiren, aber ich glaube, dass die bisher angeführten zu Ihrer Orientierung genügen. Schliessen wir also einfach, indem wir sagen, der Infantilismus ist ein Symptom der hereditären Syphilis.

Was ich Ihnen jetzt noch diesbezüglich mittheile, ist eine Seltenheit. Man sieht zuweilen, an Individuen, welche mit hereditärer Syphilis behaftet sind, die physische Entwicklung noch viel incompleter bleiben als in den vorerwähnten Fällen. Man hat es mit Individuen, welche ganz auffallend klein und zart, eingeschrumpft, unansehnlich, atrophisirt erscheinen und bei deren Altersschätzung man sehr grosse Fehler macht, zu thun. Als Beweis gebe ich nachfolgende Beispiele:

Eines Tages verlangte eine Frau für ihre Tochter meinen ärztlichen Rath. Sie erzählte mir, dass sie von ihrem Gatten mit Syphilis inficirt worden sei, dass sie sich von demselben allerdings gerichtlich geschieden, aber nicht früh genug, um einer Schwangerschaft zu entgehen. Eine aus dieser kurzen Ehe hervorgegangene Tochter sei am Leben, aber mit Syphilis behaftet. Seit den ersten Lebenswochen zeigte das Kind verschiedene Erscheinungen von Syphilis, welche auch behandelt wurden, später zeigten sich Keratitis, Knochenerkrankungen, Exostosem, welche durch Syphilis veranlasst waren, und kürzlich wurde das Kind abermals von Knochenerkrankungen befallen. Beim ersten Anblicke schätzte ich das Kind auf 6—7 Jahre, thatsächlich war es aber 14 Jahre alt. Das Kind war auffallend klein. Der Körper und die Extremitäten waren dem entsprechend mangelhaft entwickelt, die Arme z. B. waren mager,

[1]) Medical. Times. Juli 27. 1861, Band II. S. 84.
[2]) Ueber Syphilis hereditaria tarda.
[3]) Arch. of dermatology 1878, p. 180.
[4]) Ueber Syphilis hereditaria tarda (Arch. f. Dermatologie 1879).
[5]) Arch. of dermatology 1878, p. 123.
[6]) Pester Med. chirurg. Presse 1877.

sehr zart, die Muskulatur kaum ausgebildet, sie hatten thatsächlich die Gestalt und den Durchmesser eines Besenstiels. Der Stamm war knochig, abgezehrt, von einer Seite zur anderen abgeflacht, an seiner vorderen Fläche kielförmig vorspringend. In seinem Wesen und im Ganzen machte das Kind den Eindruck eines kleinen Kindes: so zart war es in allen seinen Körperverhältnissen, es sah, wie wenn es von einer allgemeinen Atrophie befallen worden wäre, aus. Allein der Kopf, der fein und intelligent war, hatte einen älteren und gleichzeitig leidenden Ausdruck. Das Kind sah traurig und wehmüthig aus, als wie wenn es unter dem moralischen Einflusse seiner physischen Verkrüppeluug stünde. [1])

Rivington berichtet in der Medical Times vom Jahre 1872 über ein junges Mädchen, welches mit hereditärer Syphilis behaftet, einen ähnlichen Stillstand der Entwicklung zeigte, wie in dem vorher beschriebenen Falle. „Das 16-jährige junge Mädchen glich einem Kinde von 6 Jahren, sie war klein, blass, mager und unansehnlich geblieben, ihre Brüste waren gar nicht entwickelt, sie hatte keine Schamhaare, keine Haare in den Achselhöhlen, sie war noch nicht menstruirt. Fügen wir noch hinzu, dass man an ihr eine ganze Reihe von Erscheinungen fand, welche — gestatten Sie mir den Ausdruck — die Zeichen der Syphilis bilden. [2]) Ebenso beobachtete Laucereaux an einer 41 Jahre alten Frau, welche von einem syphilitischen Vater herstammte und welche verschiedene Zeichen hereditärer Syphilis dargeboten hatte, eine auffallende Hemmung der allgemeinen Entwicklung mit einem besonderen und completen Zurückbleiben der Entwicklung der Geschlechtstheile. Nicht nur, dass die Frau von kleiner Gestalt und wenig entwickelt war, so waren die Brüste dieser 41-jährigen Frau wie die eines jungen, noch nicht mannbaren Mädchens. Sie war nie menstruirt gewesen, der Schamhügel war ganz glatt, die Vulva war auffallend eng und die Scheide gestattete nur schwer die Einführung des kleinen Fingers. Nach dem Tode der Kranken constatirte man bei der vorgenommenen Section eine Atrophie, oder vielmehr eine Nichtentwicklung der Gebärmutter, welche sehr klein war und der Gebärmutter eines Mädchens von 8—10 Jahren glich. Die Ovarien waren rudimentär und enthielten nicht einmal Graaf'sche Follikel. Behalten Sie diese letzten Fälle, meine Herren, als Ausnahmsfä le im Gedächtnis, aber erinnern Sie sich derselben als sehr instructive Belege. Die Fälle belehren uns nämlich über 2 wichtige Momente, auf welche ich noch sehr häufig im Verlaufe unserer Besprechung zurückkommen muss und die ich Ihnen hier gleich bei der ersten Gelegenheit andeute. Einerseits zeigen uns diese Fälle, dass die Syphilis auf den menschlichen Organismus einen ganz ausserordentlichen Einfluss übt. Es handelt sich da nicht nur um eine Denutrition, sondern um etwas mehr, nämlich einen Stillstand der Entwicklung, eine Dystrophie, einen Einfluss einer incompleten Bildung oder Nichtbildung, d. h. um eine Verschlechterung des Individuums, um eine Degeneration der Race. Und anderer-

[1]) Die energische und lange Zeit fortgesetzte antiluetische Behandlung hat auf diese Kranke ausserordentlich modificirend gewirkt. Unter dem 2 Jahre fortgesetzten alternirenden Gebrauch von Quecksilber und Jod heilten nicht nur die an dem Kinde vorhandenen syphilitischen Erscheinungen, sondern änderte sich der ganze Zustand. Das Kind wuchs sehr stark und entwickelte sich entsprechend, der Teint besserte sich, die Kräfte nahmen zu, alle Functionen kehrten zu einem physiologischen Durchschnittsmaass zurück. Das Kind war im Verlauf von 2 Jahren ganz umgewandelt.

[2]) Medical Times 19. October 1872, S. 433.

seits beweisen diese selben Thatsachen, dass im Gegensatze zu einer accreditirten Meinung die Syphilis nicht nur Erscheinungen syphilitischen Ursprungs hervorruft; man glaubt viel zu sehr, dass die Syphilis, die eine specifische Krankheit ist, sich auf specifische Erscheinungen beschränkt. Es ist dies ein grosser Irrthum, ein Irrthum exclusiver Anatomo-Pathologisten mit engem Gesichtskreise, ein Irrthum, dem die Beobachtung ein formelles Dementi ertheilt. Ja gewiss, die Syphilis erzeugt syphilitische Erscheinungen, aber nicht nur solche. Sie übt auf das lebende Wesen und auf die Race einen allgemeinen Einfluss aus, indem sie im Organismus eine allgemeine Störung erzeugt, und dieser Einfluss offenbart sich durch verschiedene organische Modificationen, welche nichts mehr Specifisches haben. Auf diese Weise ruft die Syphilis häufig verschiedene constitutionelle Zustände hervor, wie Deglobulisation, Asthenie, Neurosen, Neurasthenie, welche, ich wiederhole es nochmal, nichts Specifisches an sich haben. Auf diese Weise gibt die Syphilis zuweilen unleugbar den Anstoss zu verschiedenen, dem Aussehen und der Beschaffenheit nach ganz verschiedenen Affectionen, wie dem Lymphatismus, der Scrophulose, der Tuberkulose, dem Lupus, der Rachitis, der Tabes, der allgemeinen Paralyse etc. Zuweilen kann die Syphilis auch Veranlassung geben zu Ernährungsstörung, organischen Missbildungen, allgemeinen oder theilweisem Stillstand der Entwicklung, wie ich Ihnen schon gesagt habe und noch zu sagen Gelegenheit haben werde.

VI.

3. Difformitäten des Schädels und der Nase:

Ein wichtiges Capitel des uns beschäftigenden Gegenstandes werden die Difformitäten des Schädels und der Nase bilden, welche unter dem Einflusse der hereditären Syphilis entstehen können. Es sind das thatsächlich Krankheitserscheinungen, welche durch die Merkzeichen, welche sie hinterlassen, einen Stützpunkt für die retrospective Diagnose geben, welche uns hier beschäftigt. Einerseits sind sie meist von solcher Art, dass man sie nicht übersehen kann; und anderseits haben sie in Bezug auf ihre Specificität eine kaum bestreitbare Bedeutung. Wir müssen aber hervorheben, dass sie rein zufällige Erscheinungen sind, welche in einer grossen Anzahl von Fällen fehlen, in denen sich der Einfluss der ererbten Syphilis durch das Auftreten anderer Krankheitserscheinungen sehr deutlich äussert. Warum die in Rede stehenden Erscheinungen bei einem Individuum auftreten und bei anderen fehlen, darüber haben wir keine Kenntniss. Sprechen wir zuerst von den Erscheinungen, welche den Schädel betreffen.

I. Am häufigsten betreffen die Difformitäten des Schädels infolge hereditärer Syphilis die Stirne. Dieselben treten in 3 Varietäten auf.

1. Bei der Knochendifformität, welche sich am deutlichsten äussert, springt die Stirne in ihrer ganzen Masse, in ihrer Totalität, in ihrer ganzen Ausdehnung vor. Einestheils ist sie beträchtlich in Bezug auf ihre Breite und Höhe entwickelt und andererseits ist sie stärker vorspringend als bei normal geformten Schädeln. Sie baucht sich nach vorne aus, sie tritt über die Verticale hervor, mit anderen Worten: entweder erhebt sich die Stirne statt einen Bogen zu beschreiben von den

Augenbrauen bis zu dem Haaren gerade senkrecht und zwar zu einer übertriebenen Höhe, oder aber sie neigt sich nach vorne, indem sie einen stumpfen Winkel mit der Nasenwurzel bildet. Es ist das, was man gewöhnlich eine olympische Stirne nennt, oder wie es die Engländer weniger poetisch bezeichnen, eine bauchige Stirne.

Ich bin heute in der Lage, Ihnen ein schönes Beispiel dieser Art vorzuführen.

Betrachten Sie dieses Kind. Fällt nicht auf den ersten Blick die auffällige Entwicklung der oberen Gesischtshälfte auf? Die Stirne ist so hoch und breit, dass man sie „majestätisch“ nennen könnte und übertrifft in allen Durchmessern um $^1/_3$ eine normal gebildete Stirne. Anderseits erhebt sie sich senkrecht von der Nasenwurzel weg und zeigt als eine weitere Eigenthümlichkeit, auf die ich Sie noch näher aufmerksam machen werde, zu beiden Seiten von der Mittellinie eine deutliche Buckelung. Dieses Kind leidet an hereditärer Syphilis. Vater und Mutter des Kindes litten an Syphilis und ich behandelte beide mehrmals an ihren syphilitischen Erscheinungen. Ein älterer Bruder des Kindes starb an Syphilis. Seit den ersten Lebenswochen war das Kind, welches ich Ihnen vorführe, an der Haut und der Schleimhaut mit mehrfachen syphilitischen Efflorescenzen behaftet, wie sie sich in Folge angeborener Syphilis zu zeigen pflegen und heute noch sehen Sie an dem 18 Monate alten Kinde um den anus herum ein ulceröses Syphilid. Sie sehen, dass die Beobachtung eine vollständige und präcise ist. Nun, meine Herren, die Difformität, welche dieses Kind darbietet, und für welche wir, um keine neuen Bezeichnungen zu gebrauchen, die allgemein übliche der „Olympierstirne“ beibehalten, kommt bei unseren Kranken ziemlich oft vor. Aber Sie dürfen nicht glauben, dass Sie sie in allen Fällen so stark entwickelt finden werden. Diese Difformität zeigt sich verschieden stark entwickelt und oft beobachtet man sie in abgeschwächten, verminderten Formen.

2. Ein zweite Varietät ist die Stirne mit seitlichen Höckern. Diese Form findet sich häufiger als die zuerst beschriebene. Das, was man beobachtet ist folgendes: Auf einer normal gebildeten oder vorstehenden Stirne finden sich rechts und links von der Mittellinie seitliche Erhebungen in der Form abgeflachter Halbkugeln. Diese Höcker (es ist dies die beste Bezeichnung, die man dafür wählen kann) nehmen die mittlere Höhe der Stirne ein. Sie sind fast immer bilateral, in Bezug auf ihr Niveau in der Regel symmetrisch und auf beiden Seiten gleichmässig entwickelt. Gut ausgebildet fallen sie dem Beobachter auf den ersten Blick auf, während sie in einem geringeren Grade unbeachtet bleiben können oder wenigstens nicht sofort die Aufmerksamkeit auf sich lenken.

3. Eine dritte Varietät, welche als eine sehr seltene bezeichnet werden kann, ist die sogenannte „kielförmige Stirne.“ In diesen Fällen ist die Stirne senkrecht in der Mittellinie gebuckelt, sie zeigt einen mehr oder weniger deutlichen Vorsprung, welcher dem Zug der Mediofrontalnaht folgt. Im Verhältnis zu dieser Hervorragung in der Mitte, welche in der Regel 1—2 *cm* breit ist, erscheinen die seitlichen Partien der Stirne abgeflacht und zurückgeschoben. Es ist das übrigens wenigstens für die grössere Anzahl der Fälle nur scheinbar. Aber immer, ob mit oder ohne seitliche Abflachung ragt die Stirne hervor, so wie das Sternum am

rhachitischen Thorax und nimmt die Form an, welche man die kielförmige nennt. Eine interessante Thatsache, welche ich jüngst in meiner Privatpraxis beobachtete, zeigt, dass diese Missbildungen der Stirne Varietäten des gleichen Ursprunges sind. Von zwei Kindern eines meiner Patienten, welcher schon lange Zeit an Syphilis leidet und gegenwärtig mit Gehirnsyphilis behaftet ist, zeigte das eine eine ausgebauchte, vorspringende Stirne mit seitlichen Buckelungen, das andere eine kielförmige Stirne.

II. An den seitlichen und oberen Partien des Schädels sind die Knochendifformitäten, welche durch die hereditäre Syphilis entstehen können, weniger in die Augen springend, weil sie durch die Haare maskirt werden. Wenn sie nicht sehr beträchtlich sind, entgehen sie dem Gesichtssinne und werden nur bei Betastung des Kopfes gefunden. Sie dürfen sich deshalb nicht mit der Besichtigung allein begnügen, um über das Bestehen oder Fehlen von Verbildungen des Schädels zu urtheilen, sondern müssen nach solchen auch mit den Fingern suchen. Die verschiedenen Eigenthümlichkeiten, welche in diesen Gegenden des Schädels zur Beobachtung kommen, lassen sich in folgende 4 Gruppen bringen:

1. Höckeriges Kranium. Dieses Wort allein ist schon eine Beschreibung. Die Erkrankung selbst ist sehr einfach und besteht einzig und allein (wie bei den Buckelungen der Stirne, von welches wir oben gesprochen) in knöchernen Erhebungen, in wirklichen „Beulen,“ ähnlich den Beulen bei einer Contusion. Diese Vorsprünge bilden kleine kugelige Erhabenheiten, welche besonders in ihrem Centrum vorspringen. Sie sind knochenhart, ohne dass die Gewebe, welche sie umgeben und bedecken, geschwellt wären. Sie haben einen Breitendurchmesser, der bald dem eines 50 Centimes oder eines 2—5 Francsstückes entspricht. Man trifft sie besonders häufig an den seitlichen Theilen der Seitenwandbeine, u. zw. häufig symmetrisch. Sowohl nach der Belastung als auch nach der Leichenuntersuchung sind sie als Hyperostosen, oder als osteophytische Depôts an des Oberfläche der Knochen aufzufassen.

2. Ein zweiter Typus besteht in einer Verbreiterung des Schädels in seinem Querdurchmesser. Diese Verbreiterung, die man oft auf den ersten Blick wahrnimmt, entsteht durch die seitliche Hervorragung der Seitenwandbeine, welche nach aussen aufgeworfen sind, wodurch selbstverständlich der Querdurchmesser des Schädels vergrössert wird. In einzelnen ziemlich seltenen Fällen wird die besprochene Veränderung durch mehr oder weniger beträchtliche Depression des Vorderhauptes im Niveau der Sagittalnaht complicirt. Gebaucht und vorspringend in seinen seitlichen Theilen erscheint der Schädel gleichzeitig an seiner Oberfläche wie durch eine median gelagerte Rinne durchfurcht. Dieser eigenthümlichen Bildung, hat mein zu früh verstorbener College und Freund Prof. Parrot den Namen des natiformen Schädels gegeben (siehe Fig. 1).

3. Asymmetrisches Kranium. In einzelnen Fällen fällt der Schädel durch eine mehr oder minder ausgesprochene Asymmetrie auf. Es kann die eine Seite des Schädels ganz unähnlich von der anderen Seite sein, u. zw. ähnlich in Bezug auf die Krümmung, auf die Vorsprünge, auf die Durchmesser und allgemeine Gestaltung. Sie werden sagen, dass das nichts Besonderes, nichts der Syphilis Eigenthümliches ist. Dieser Einwand ist ganz richtig; aber ich habe Ihnen schon wiederholt gesagt, dass die Syphilis nicht nur ihre eigenthümlichen Erschei-

nungen hervorruft, sondern dass sich im Gegentheile sehr oft der allgemeine Einfluss, welchen sie auf den Organismus ausübt, durch Krankheitserscheinungen nicht specifischer Natur äussert.

4. Hydrocephales Kranium. Die Hydrocephalie tritt in einer Anzahl von Fällen als eine Folge der hereditären Syphilis auf. Ich behaupte das schon seit langer Zeit[1]) und wird diese Behauptung durch eine grosse Anzahl von in der Literatur verzeichneten Krankheitsgeschichten bestätigt.

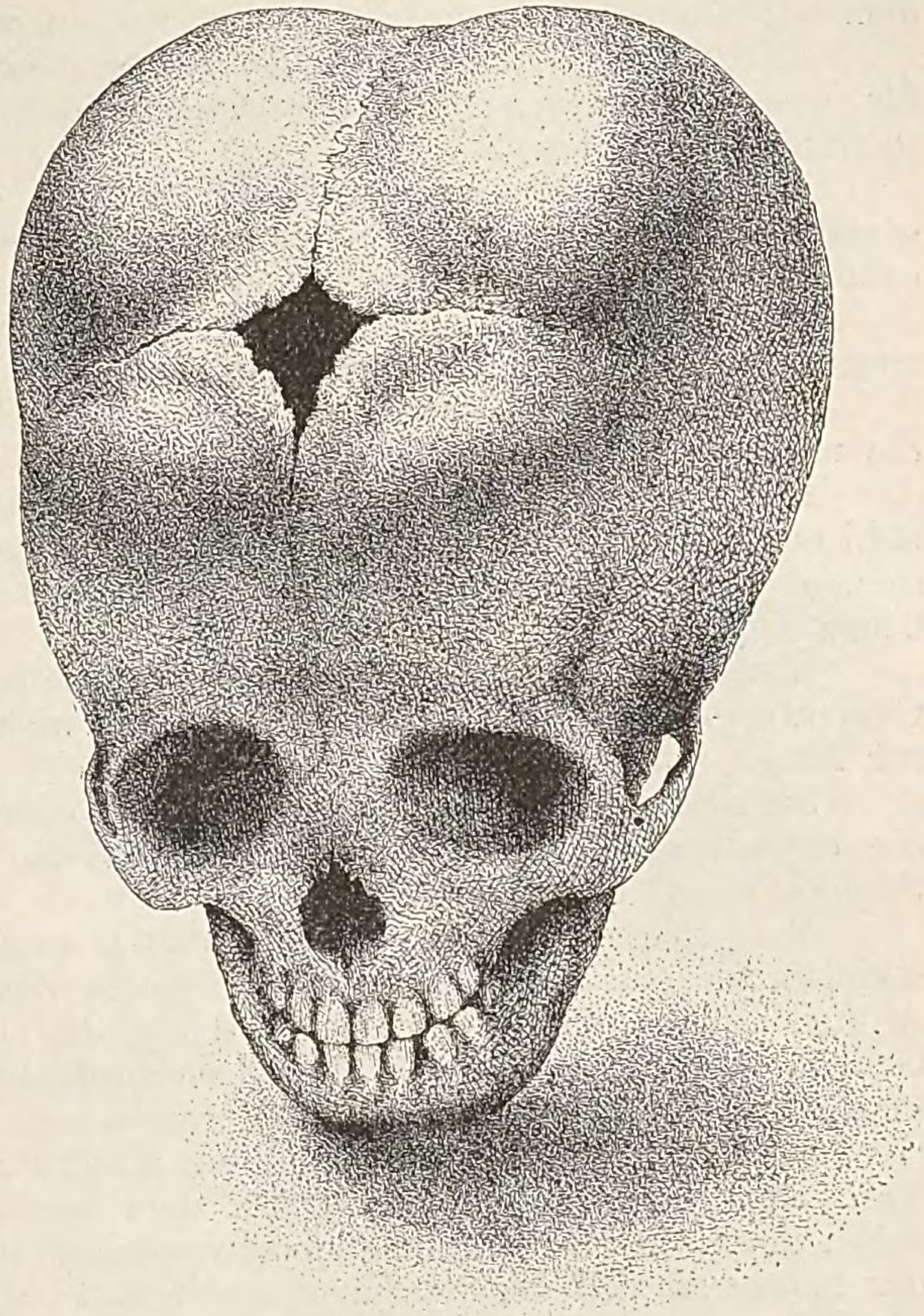


Fig. 1. Natiformer Schädel.

Man hat aber nur sehr selten Gelegenheit, hydrocephale Missbildung des Schädels bei im Leben weiter fortgeschrittenen Individuen zu finden, u zw. deswegen weil die syphilitische Hydrocephalie — von der ich hier allein spreche — fast immer rasch zum Tode führt. Zuweilen aber — es ist dies eine sehr seltene Ausnahme — erfolgt der Tod nicht und dann kann die Hydrocephalie als Stütze für die Diagnose der hereditären Syphilis dienen. Natürlich verändert sie den Schädel in verschiedenem Grade. Je nach dem Fall kann die Vergrösserung des Kopfes eine geringe oder mittlere sein.

In sehr seltenen Fällen sah man aber beträchtliche Hydrocephalie. Ich habe lange Zeit einen Fall dieser Art in Beobachtung gehabt, welcher der Erwähnung werth ist. Ein junges Mädchen, welches von einem syphilitischen Vater, welcher an Gehirnsyphilis zu Grunde ging, herstammte, war in seinem zartesten Alter mit einem Wasserkopf behaftet. Dessen ungeachtet wuchs es heran. Gegenwärtig ist es 16 Jahre alt und befindet sich wohl, aber sein Kopf ist enorm, geradezu monströs — er hat die Grösse einer Melone von beträchtlichem Umfange. Zwei andere Kinder des-

[1]) Syphilis et mariage S. 68.

selben Vaters wurden gleichfalls hydrocephalisch geboren, starben aber in sehr zartem Alter. [1])

III. Difformitäten der Nase. Diese verdienen unsere volle Aufmerksamkeit, denn sie kommen oft vor und sind zuweilen für den Gegenstand, dem wir unsere gegenwärtigen Studien weihen, von eminenter Bedeutung.

Es gibt zwei Arten von Difformitäten oder richtiger gesagt, est ist für unseren Gegenstand zweckmässiger, dieselben in zwei Unterabtheilungen zu bringen.

Die einen sind schwerere Veränderungen, die die Nase ganz missgestaltet machen, wenn man sich so ausdrücken darf, förmliche Caricaturen einer Nase erzeugen.

Die anderen sind geringe, kaum wahrnehmbare Difformitäten, welche nur bei genauer und aufmerksamer Inspection auffallen.

Die Ersteren werden durch pathologische Vorgänge hervorgerufen, die uns die Entstehung klar machen.

Die Zweiten sind ohne wichtige oder bemerkenswerthe Zwischenfälle entstanden. Sie werden von dieser Art der Eintheilung befremdet sein, dieselbe entspricht aber, wie Sie sehen werden, den klinischen Thatsachen.

I. Wir wollen zunächst die erste Gruppe besprechen. Die in diese Gruppe gehörigen Difformitäten bestehen in wirklichen Einschmelzungen der Nase.

Sie sind uns, ich wiederhole es, auffällig, oder in die Augen springend. Sie entstellen das Gesicht in derselben Weise wie es die erworbene Syphilis so oft thut.

Man sieht, dass die Nase missstaltet, grotesque ist, dass sie thatsächlich wie eingeschmolzen ist, dass sie in ihrem oberen oder unteren Antheil eingesunken ist. Der Vorgang, der dieser Veränderung zu Grunde liegt, ist sehr einfach. Die Nase verdankt ihre Form bekanntlich einem aus Knochen und Knorpel gebildetem Gerüst. Sobald dieses Gerüst durch irgend eine Erkrankung zerstört wird, so sinkt auch die Nase ein, gerade so wie ein Dach, dem sein Gebälk fehlt. Das Ansehen der Nase wird nun ein anderes werden, je nachdem der obere oder der untere Antheil des Nasengerüstes zerstört wird. Wenn die Nasenknochen zerstört werden, so sinkt die Nase an ihrer Wurzel ein. Die Difformität, die erzeugt wird, ist eine Halbfläche, eine Aushöhlung, die sich an der Stelle der Nasenwurzel unmittelbar unter der Spina nasalis des Stirnbeines bildet.

Dieses Einsinken der oberen Partie der Nase wirkt auch auf ihren unteren Abschnitt, der durch das Zurückweichen der der oberen Nasenpartie gehörigen Weichtheile gezerrt und verzogen wird. Dieses untere Segment schwankt; die Nasenspitze stülpt sich nach aufwärts, die Nasenflügel gehen von der horizontalen Richtung zu einer nach vorn und oben leicht schiefen über. Wenn die Stütze des unteren Nasenantheiles, welche durch den Nasenscheidewand-Knorpel gebildet wird, der Zerstörung anheimfällt, so entsteht eine ganz andere Difformität.

[1]) Aller Wahrscheinlichkeit nach kann die hereditäre Syphilis auch noch andere Schädelmissbildungen hervorrufen. Meine bisherigen Beobachtungen sind aber noch nicht so zahlreich, dass ich mich schon sicher in dieser Beziehung aussprechen könnte. Ich kann jetzt nur soviel sagen, dass ich schon wiederholt Kinder, welche von syphilitischen Eltern stammten, mikrocephal bleiben sah.

Das untere Segment der Nase sinkt ein, rückt aber dabei wirklich zurück, u. zw. in einer solchen Weise, dass es sich unter das obere Segment hineinschiebt, so wie sich die beiden Cylinder eines Opernglases ineinanderschieben lassen. Das Ergebnis dieser Veränderung ist: 1. dass das Profil der Nase den Anblick einer gebrochenen Linie gibt, und 2. dass ein mehr oder weniger vorspringender Hautsaum die Linie bezeichnet, welcher entsprechend das untere Nasensegment unter das obere hineingeschoben hat. Die geschilderten Formen bringt Fig. 3, welche nach der Photographie einer unserer Kranken gezeichnet wurde, zur Ansicht. Dass es sich in einem solchen Falle thatsächlich um ein Hineinschieben des unteren Segmentes unter das obere handelt, geht daraus hervor, dass man diese Art „der Luxation der Nase nach hinten" durch Kunsthilfe beseitigen kann und die Theile wieder in ihre normale Stellung zu bringen vermag. Es genügt zu diesem Zwecke die Nasenspitze nach vorne zu ziehen; sofort ist die gebrochene Profillinie der Nase geradegestreckt, der Hautsaum verschwindet und die Difformität ist für die Zeit, welche der Zug an der Nasenspitze dauert, beseitigt.

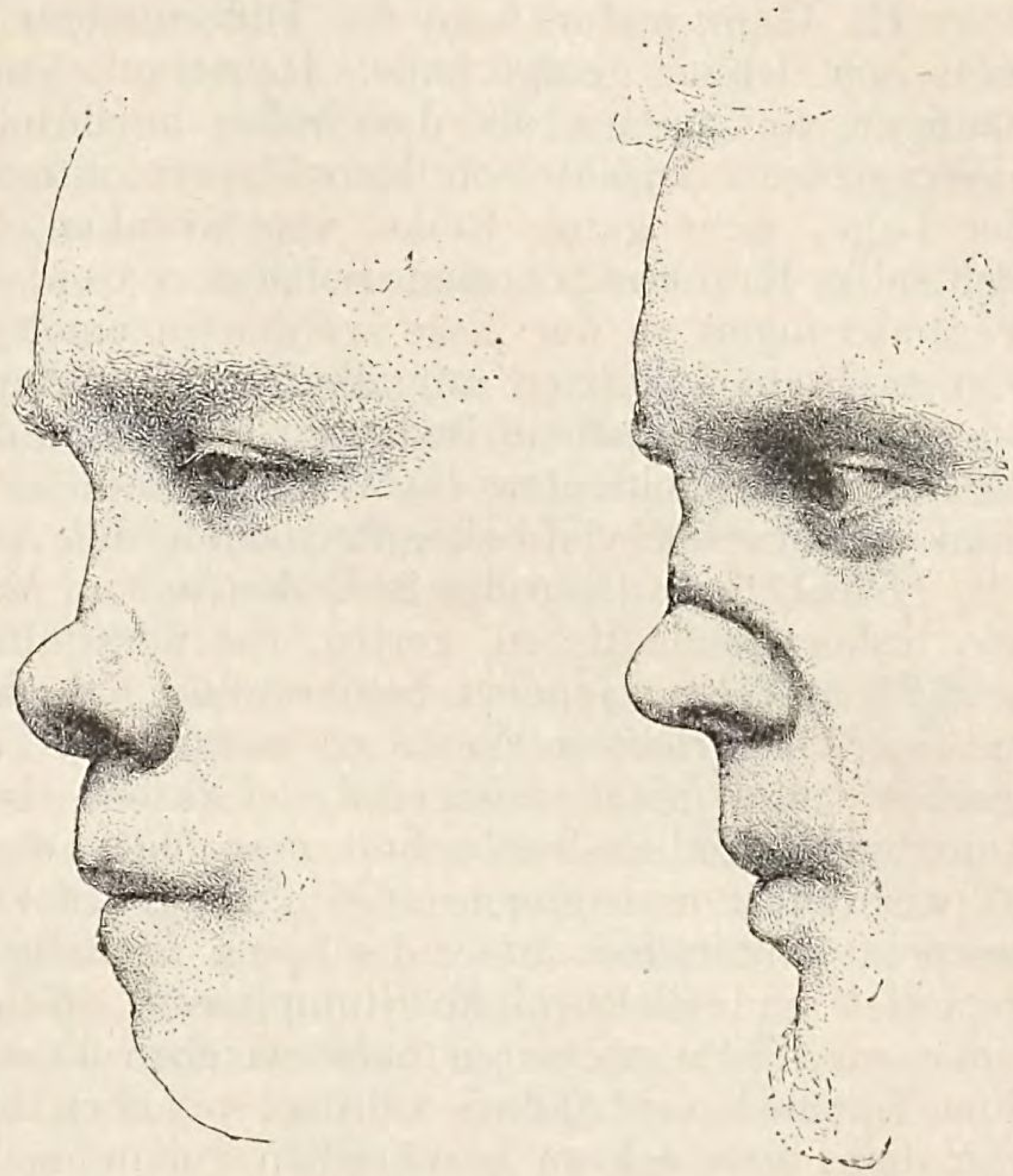


Fig. 2. Fig. 3.
Difformitäten der Nase.

Die Bezeichnung „Operngläsnase," deren wir uns in unserer Spitalssprache bedienen, um diese Difformität zu bezeichnen, bringt sowohl den Anblick als den Mechanismus der Entstehung der Difformität ganz gut zum Ausdruck. Da ich keine bessere Bezeichnung hiefür weiss, empfehle ich Ihnen dieselbe.

Dies sind die beiden Varietäten der Difformität der Nase, welche durch Einschmelzung des Nasengerüstes bedingt werden. Ich habe Ihnen gesagt, dass die Difformitäten dieser Art eine Vergangenheit, gleichsam ihre Geschichte haben, mit anderen Worten: sie lassen sich immer durch vorausgegangene, augenfällige Symptome erklären, etwas, was bei anderen Missbildungen der Nase, von denen ich gleich sprechen werde, nicht der Fall ist. Wenn Sie bei den eben geschilderten Difformitäten die Antecedenzien der Kranken erforschen, so werden Sie stets die anatomischen Ursachen finden. Sie werden sicher erfahren, dass in einer früheren Zeitperiode, u. zw. gewöhnlich ziemlich lange nach der

Geburt (denn die in Rede stehenden Symptome treten selten in dem ersten Lebensalter auf, sondern werden gewöhnlich in der zweiten Kindheit oder im Jünglingsalter beobachtet) ein Krankheitsbild zu Stande kam, welches in chronischem Stockschnupfen, Eiterung aus der Nase, Nasenblutung, Ozaena etc. bestand. Alldies bestand durch sehr lange Zeit; dann stiessen sich Knochen- oder Knorpelstückchen durch die Nasenlöcher aus und endlich sank die Nase ein. An diesem Krankheitsverlaufe ist alles klar und entspricht derselbe vollständig dem, welchen wir bei erworbener Syphilis beobachten.

II. Ganz anders sind die Difformitäten der 2. Art, wie ich Ihnen es schon früher gesagt habe. Hervorzuheben ist, dass dieselben, viel häufiger vorkommen als die früher beschriebenen. Man findet sie bei einer grossen Anzahl von Hereditärsyphilitischen und ich war schon in der Lage, eine ganze Reihe von Kranken, welche mit den in Rede stehenden Krankheitsformen behaftet waren, Ihnen vorzustellen. Diese Veränderungen an der Nase werden in einer grossen Anzahl, namentlich von englischen Aerzten mitgetheilten Krankheitsgeschichten erwähnt und ich muss es zu meinem Bedauern bemerken, dass den englischen Aerzten die Eigenthümlichkeiten des Habitus und der Physiognomie der Congenitalsyphilitischen viel bekannter ist als den Aerzten unseres Vaterlandes.

Die Difformitäten der 2. Reihe sind im Vergleiche mit jenen, welche uns bisher beschäftigten, gering. Sie missstalten die Nase nicht in einer auffälligen Weise, sondern beschränken sich darauf, die Gestalt der Nase in einer fehlerhaften Weise zu verändern. Sie erzeugen „schlecht gemachte“ und nicht missgestaltete Nasen. In den am häufigsten vorkommenden Fällen beobachtet man das Folgende: Die Basis der Nase ist verbreitert und gleichzeitig niedergedrückt, d. h. der Nasenrücken erscheint unmittelbar unter der Spina frontalis nicht convex, sondern abgeplattet und dick (platte Stumpfnase). Nehmen Sie an, dass man an einer aus Thon geformten noch weichen Büste, die Basis der Nase mit dem Daumen eindrücken würde, so haben Sie die richtige Vorstellung von dem, was ich zu beschreiben versuche, kurz die so in ihrer Form alterirte Nase ist das, was man gewöhnlich eine Nase mit breiter Basis nennt. Es braucht nicht erst gesagt zu werden, dass diese Difformität ihre verschiedenen Grade hat: bald ist sie sehr stark ausgesprochen und macht wirklich hässlich, bald tritt sie in leichtem oder geringem Grade auf und ist dann wenig auffällig. In anderen seltenen Fällen findet sich die Difformität an einer anderen Stelle, sie betrifft nämlich das untere Segment der Nase. Man beobachtet in diesem Niveau besonders an den seitlichen Theilen Ungleichheiten der Oberfläche, kleine Facettierungen, leichte Depressionen, welche theilweisen Einschmelzungen der knorpeligen Stütze zu entsprechen scheinen.

Im Gegensatze zu den zuerst besprochenen Veränderungen haben die jetzt erwähnten keine Vorgeschichte. Die Kranken sagen, wenn man sie darüber befragt aus, dass sie über die Entstehung der Difformität nichts wissen und dass ihre Nase immer so ausgesehen habe. Der Grund ihrer diesbezüglichen Unkenntnis liegt darin, dass die Difformität ihrer Nase aus den ersten Lebensjahren, wenn nicht gar aus dem intrauterinen Leben stammt.

Selbst, wenn sie die Eltern der Kranken befragen, werden Sie nicht mehr darüber erfahren; höchstens werden dieselben erklären,

dass sie nichts bemerkt haben, was die fehlerhafte Bildung der Nase erklären könnte. Wenn Sie sie eindringlicher über diesen Gegenstand fragen werden, so werden sie Ihnen ganz unbestimmte Angaben über vorausgegangene Schnupfen, vorübergehende und gutartige Schnupfen machen. Diese geringfügigen Erscheinungen als Ursache der in Rede stehenden Läsionen hinzustellen, wäre unrichtig. Wir müssen also sagen, dass der Mechanismus dieser infantilen Difformationen der Nase uns noch unbekannt ist. Muss man diese Difformitäten auf nekrotische Zerstörung des Nasengerüstes zurückführen, welche Zerstörungen selbst von specifischen Ulcerationen einer ulcerösen Coryza herrühren? — es wäre das eine rationelle, im Princip zulässige Pathogenese. Denn man sieht zuweilen bei Kindern eine Coryza auftreten, welche Geschwüre erzeugend, die Schleimhaut zerstört, die Knorpeln blosslegt und dieselben endlich perforirt und zur Nekrose bringt.

Man muss aber gestehen, dass Ulcerationen dieser Art selten, ja geradezu ausnahmsweise vorkommen.

Parrot, der eine beträchtliche Anzahl von syphilitischen Kindern obducirt hat, sagte mir eines Tages: „Es ist die Regel, dass man in den Nasenhöhlen jüngerer Kinder nichts als eine mit Hyperämie einhergehende Schwellung der Schleimhaut findet; die Ulcerationen sind selten, und wenn man solche ausnahmsweise findet, so sind sie von geringer Ausdehnung und geringer Tiefe."

Darnach wäre es also gar nicht so unvernünftig, sich zu fragen, ob die in Rede stehenden Deformitäten nicht einen anderen Ursprung als die Zerstörung des Nasengerüstes haben könnten. Warum sollten dieselben nicht angeborene Missbildungen sein, ähnlich den Missbildungen an den Zähnen, von welchen wir gleich sprechen werden. Es ist das allerdings die reine Hypothese, auf die ich kein besonderes Gewicht legen will, aber die doch der Beachtung würdig ist, und es wird auf jeden Fall gut sein an einschlägigen Beobachtungen zu prüfen, was sie wert ist. Auf jeden Fall bilden die uns hier beschäftigenden Deformitäten, es mag der Mechanismus ihrer Entstehung welcher immer sein, einen Baustein von reellem Werte für die Diagnose.

Die Difformitäten haben eine Bedeutung in verschiedener Beziehung. Zunächst weil sie die Configuration der Nase in einigermassen specieller Weise modificiren, zweitens, weil sie in sehr frühem Alter entstehen, und endlich weil sie eine unerklärte, noch zweifelhafte Entstehungsgeschichte haben, wie sich eine solche ausserhalb des Gebietes der ererbten Syphilis nicht beobachten lässt.

VII.

4. Knochendifformitäten des Stammes und der Extremitäten.

Gerade so wie wir am Cranium Knochendifformitäten constatiren konnten, so finden wir analoge Vorgänge am Stamme und an den Extremitäten. Auch hier kann die ererbte Syphilis ihren Stempel aufdrücken und unauslöschliche Spuren auf dem Wege, den sie zurücklegte, hinterlassen.

Welche sind nun die zur Beobachtung kommenden Formen? — Wir können hier zwei Arten derselben unterscheiden, nämlich partielle und das ganze Skelet betreffende. Beginnen wir mit den ersteren:

I. Die erste Reihe besteht in knöchernen Tumefactionen und Intumescenzen (ich wende absichtlich diese wagen Bezeichnungen an, weil sie den Vorzug haben, den klinischen Anblick der vorliegenden Erkrankung auszudrücken ohne in Bezug auf die histologische Natur, welche noch wenig gekannt ist, zu präjudiciren).

Das, was man sieht, ist das folgende: Ein Abschnitt des Knochens ist grösser als er von Natur aus sein sollte, er erscheint hypertrophirt und gleichzeitig in seiner Form und Configuration modificirt. Die Tibia z. B. (wie an der Kranken, welche gegenwärtig auf Bett Nr. 21 im Saale St. Louis liegt), erscheint geschwollen und massiv in einer gewissen Ausdehnung ihrer Diaphyse und andererseits höckerig, uneben, mit Knoten versehen. Welches ist der Lieblingssitz dieser Knochenanschwellungen? — Man findet sie fast ausschliesslich an den Röhrenknochen und an diesen sitzen sie wieder bald an der Epiphyse und bald an der Diaphyse.

1. Es ist ziemlich häufig, dass man sie am oberen Ende der Tibia findet, welche voluminös, massig und wie hypertrophirt aussieht; oder eine solche Schwellung befällt das Köpfchen des Radius und der Ulna und hat ein kugeliges Aussehen; oder es werden die Maleolen betroffen, welche vorspringend und verdickt erscheinen; oder sie sitzen an den vorderen Partien der Rippen, welche die Haut aufheben und einen wohlbekannten Anblick darbieten, welchen man gewohnt ist den rhachitischen Rosenkranz zu nennen; oder sie betreffen das Olekranon, welches mitunter von osteophytischen Vorsprüngen deformirt ist. Wir haben in letzterer Zeit an unserer Klinik ein schönes Beispiel dieser letzteren Localisation gehabt. Einer unserer Kranken, welcher mit verschiedenen durch hereditäre Syphilis veranlassten Zuständen behaftet war, hatte eine wesentliche Difformität seines Ellbogengelenkes, welches durch osteophytische Vorsprünge des Humerus und eine voluminöse Schwellung des Radiusköpfchens veranlasst wurde. Man hätte beim ersten Anblick leicht an eine Luxation denken können. [1])

2. Schwellungen derselben Art betreffen fast ebenso häufig die Diaphysen der langen Knochen, besonders die Tibia, die Ulna, den Radius, den Humerus und das Schlüsselbein. Sie werden in einer grossen Anzahl von Fällen derartige Knochenschwellungen, Hyperostosen, diesen oder jenen Knochen betreffend, angeführt finden, welche nach langer Zeit noch den Beweis liefern, dass früher Syphilis bestand.

3. Zuweilen, aber seltener findet man eine kugelige oder atrophische Difformation einer oder der anderen Phalange. Es ist das ein Ueberbleibsel der diese Knochen betreffenden Dactylitiden, welche im kindlichen Alter nicht selten sind und auf welche die Aufmerksamkeit in den letzten Jahren durch zahlreiche und interessante Arbeiten gelenkt wurde. [2])

[1]) Dieser Fall wurde von meinem Schüler Dr. Mericamp (Contribution a l'étude des arthropathies syphilitiques tertiaires, thèses de Paris, 1882) beschrieben.

[2]) V. R. W. Taylor, On dactylitis syphilitica (The American Journal of Syphiliographie and Dermatology, 1871). — Archives of scientific and practical medicins, de Brown-Sequard et Seguin, 1873. — Syphilitic lesions of the osseous system, in infants and young children, New-York, 1875.

Curtis Smith, On case of congenital dactylitis syphilitica (American Journal of Syphiliographie and Dermatology, 1872.)

Aber von allen Knochen, und das verdient eine besondere Bemerkung, ist derjenige, welchen wir mit dem grössten Nutzen untersuchen werden in Bezug auf die retrospective Diagnose, für welche wir die Elemente suchen, derjenige, welcher am häufigsten wahrscheinliche oder sichere Indicien liefern wird, sicher und ohne Zweifel die Tibia. Die Tibia, das ist der aufschlussgebende Knochen par excellence in der hereditären Syphilis; denn er bildet einen wahren Lieblingssitz derselben. Ich habe Ihnen schon die häufige Anschwellung seiner Epiphyse erwähnt, aber noch viel häufiger ist seine Diaphyse erkrankt und zwar mit einem Ensemble von Eigenthümlichkeiten, welche dieser Erkrankung eine ganz specielle, wirklich Unterscheidung liefernde Physiognomie aufprägen.

Wie sieht denn diese Tibiendiaphyse aus? — Vier Besonderheiten, häufig mit einander vergesellschaftet, liefern folgendes Krankheitsbild:

1. Schwellung des Knochens. Dies ist, wohl verstanden, das hauptsächlichste und wesentlichste Element der in Rede stehenden Läsion. Nämlich in einer bestimmten Ausdehnung der Diaphyse, z. B. in ihrem mittleren Drittel, ist die Tibia geschwollen, vergrössert, hyperostosirt, kurz in ihrem Volumen mehr oder weniger vergrössert.

2. Unebenheiten und knotige Verdickungen an der Oberfläche. Die Oberfläche so geschwellter Knochen kann glatt und gleichmässig sein. Aber öfter ist sie unregelmässig, gebuckelt, knotig, bisweilen mit kleinen, ungleichen Höckern, mit kleinen, warzenförmigen Körnchen versehen.

3. Die Kante der Tibia ist in eine Knochenfläche umgewandelt. Es ist dies bemerkenswerth und fast charakteristisch. Die Kante der Tibia verliert an ihren hyperostosirten Partien den Anblick einer Kante, d. h. eines abgeschnittenen Randes. Sie verbreitert sich, wird flach und eben, so dass sie nicht mehr einen Rand bildet, aber eine wahre Knochenfläche.

4. Sichtbare Einbiegung, Pseudo-Rhachitis der Tibia. Es ist nicht selten, besonders in ausgesprochenen Fällen, dass die Tibia eine starke Biegung mit der Convexität nach vorne zeigt, man würde sagen, es ist eine bogenförmige Tibia, gebogen wie eine Säbelscheide, und man würde sie leicht für eine rhachitische Tibia ansehen. [1])

In Wirklichkeit ist aber der Knochen nicht gebogen, er scheint es nur und zwar wegen der partiellen Hyperostose, welche sein vorderes

Wigglesworth, même recueil (analyse dans la France medic., 1873).

Morgan, The Dublin Journal of medic. sciènces, 1873.

Duncan Bulkley, Rares cases of congenital syphilis (Dactylitis syphilitica). New York, Medical Journal, 1874.

G. Beauregard, Études sur la syphilis congenitale (De la dactylite syphilitique en particulier). Annales de gynécologie, 1875. — In diesem Artikel findet man eine ausführliche und complete Bibliographie in Betreff der Dactylitis syphilitica, insofern sie eine Manifestation der hereditären Syphilis ist. Bemerkenswerth ist, dass wenn die Dactylitis auch erst in der letzten Zeit genau studirt und beschrieben wurde, sie doch schon seit langem bekannt ist und erwähnt wurde. Wir finden z. B. eine genaue Krankengeschichte bei Baumès, welche ein junges hereditärsyphilitisches Mädchen betrifft, welches in seiner Kindheit unter anderen Erscheinungen Schwellung und Verdickung einzelner Phalangen der Hände und der Zehen darbot. (Précis theorique et practique des maladies veneriennes, Paris 1840, 1. partie, p. 179.)

[1]) Man darf nicht verkennen, dass die Erkrankung, von der wir sprechen, mit Veränderungen rhachitischer Natur zusammenfallen kann. Eine derartige Coincidenz scheint aber ziemlich selten zu sein; wenigstens habe ich sie bisher nur in einer geringen Anzahl von Fällen beobachtet.

Segment einnimmt. Andererseits drückt diese Hyperostose indem, sie den antero-posterioren Durchmesser des Knochens vergrössert, der Extremität den Anschein einer transversalen Abplattung auf, so dass durch diese doppelte Modification das Schienbein die Krümmung einer Säbelscheide und andererseits eine scheinbare seitliche Abplattung bekommt. Dies sehen Sie an diesen beiden Präparaten unseres Museums, und das werden Sie hier gleichzeitig an der sehr schönen Photographie sehen, welche mir mein verehrter College Dr. Gazin, Arzt am Spitale Berk-sur-Mer, überliess. (Siehe Fig. 4.)

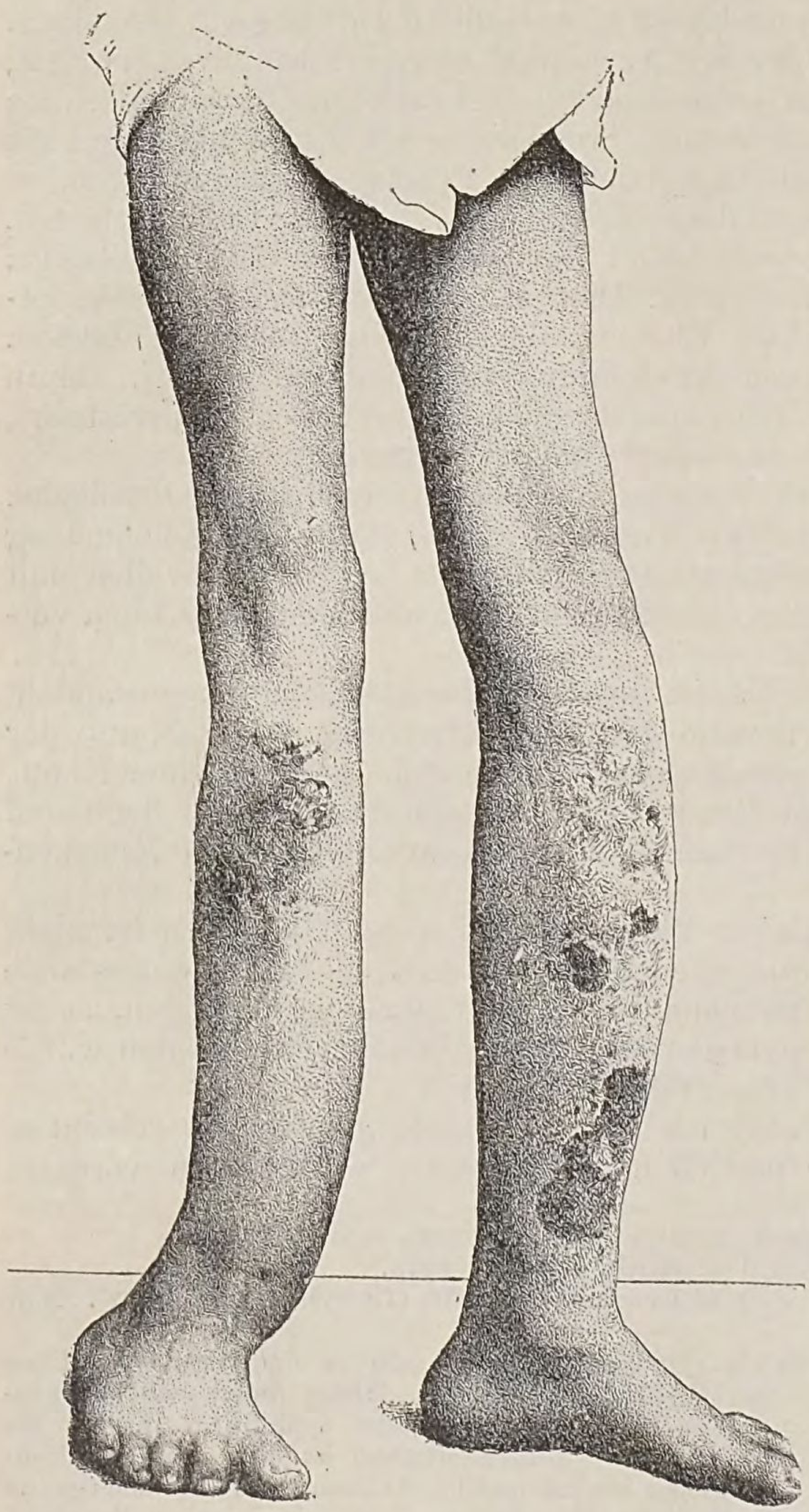


Fig. 4. Pseudorhachitische Tibia (Säbelförmiges Schienbein).

Die Bezeichnung säbelförmige Tibia, mit welcher wir diese eigenthümliche Veränderung des Knochens belegen, verdient meiner Meinung nach, in unserem Sprachschatz aufgenommen zu werden. Denn sie ist wirklich bezeichnend und erinnert uns an eine eigenthümliche Difformation, welche, wenn ich im Rechte bin, ein wichtiges diagnostisches Merkmal der hereditären Syphilis bildet. Und thatsächlich ist diese Difformation wirklich ein pathognomonisches Merkmal. Ich für meine Person habe sie nur bei hereditärsyphilitischen Individuen gefunden und ich glaube nicht, dass es eine Uebertreibung ist, wenn man sie, sobald sie gut ausgebildet und mit den Charakteren, welche ich beschrieben habe, vorkommt, als ein genügendes Zeichen betrachtet, welches der Einfluss der specifischen Heredität hinterlassen hat.

Ich brauche wohl nicht hinzuzufügen, dass die verschiedenen Knochen difformitäten, von welchen wir gesprochen haben, die Ueberreste von

vorausgegangenen Erkrankungen sind, welche ein unzerstörbares Stigma hinterlassen haben. Besonders was die Tibia anlangt, so sind sie ein postumes Zeugnis jener productiven und hyperostosirenden Knochenentzündung, welche die hereditäre Syphilis so häufig hervorruft und deren Studium uns in einem der späteren Capitel des längeren beschäftigen wird. Ausserdem besitzen sie in Bezug auf die retrospective Diagnose, die uns jetzt beschäftigt, eine Bedeutung von hohem Werthe.

II. Unabhängig von diesen partiellen Erkrankungen, welche sich auf ein Knochensegment beschränken, kann das Skelet an hereditärer Syphilis leidender Individuen eine Erkrankung einer Knochengattung, eine Reihe ähnlicher Knochen darbieten (Rippen, Wirbel z. B.).

Man findet ziemlich häufig bei derartigen Kranken folgende Formen:

1. Verbiegung der Extremitätknochen und besonders der Beckenknochen, die Oberschenkelknochen sind nach vorne gekrümmt, die Schienbeine bogenförmig.

2. Difformitäten am Thorax: sie äussern sich einerseits dadurch, dass der Thorax an den seitlichen Partien deprimirt ist, andererseits kielförmig vorspringt, vorspringt in Form einer Hühnerbrust im Gebiete des Sternums.

3. Rhachitische Verkrümmungen, welche bis zur Gibbusbildung führen. Diese letztere Missbildung ist viel seltener als die vorhergehenden, aber sie existirt unbestreitbar. Ich habe in meinen Aufzeichnungen über hereditärsyphilitische Kinder mehrere Fälle, bei welchen verschiedene Deviationen der Wirbelsäule vorkommen, und einige dieser Kinder sind buckelig geworden. Ich kenne seit langem eine Familie, deren Geschichte ich Ihnen hier kurz erzählen will:

Ein Mann erwarb Syphilis und theilte sie seiner Ehefrau mit. Eine erste Schwangerschaft, welche kurze Zeit nach der Infection der Frau zu Stande kam, endete, wie ich es erwartet hatte, mit einer Fehlgeburt. Eine zweite lieferte ein syphilitisches Kind als Resultat, welches immer nur sehr unregelmässig behandelt wurde, was ich auch immer dagegen einwenden mochte. Dieses Kind fing nun im Alter von $5^1/_2$ Jahren an eine Verkrümmung seiner Wirbelsäule zu zeigen, welche sich seitdem immer deutlicher aussprach, und heute ist das Kind bucklig.

VIII.

Die Frage des Rhachitismus in seinen Beziehungen zur ererbten Syphilis.

Die Lehre von Parrot.

Eine interessante und wichtige Frage haben wir jetzt zu besprechen. Es ist offenbar, dass eine grosse Anzahl der Knochendifformitäten, über welche wir bisher gesprochen haben, genau Zug für Zug denjenigen Veränderungen gleichen, welche wir beim Rhachitismus sehen.

Sollte der Rhachitismus irgend einen Zusammenhang, irgend eine Verwandtschaft mit der Syphilis haben?

Diese Frage ist sicher keine neue. Schon seit langem hat eine Anzahl von Autoren vermuthet und behauptet, dass ein causaler, natür-

licher Zusammenhang zwischen Rhachitis und Syphilis besteht. Um nur einen zu erwähnen, so schreibt schon Astruc im vorigen Jahrhundert das Folgende:

„Wenn sie leben, so sind die Kinder, welche von syphilitischen Eltern abstammen, scrophulös, klein, rhachitisch, buckelig. Sie haben vergrösserte Gelenke, grosse Köpfe, eingedrückte Nasen, krumme Beine, entweder nach aussen oder nach innen verdreht, sie sind verkrüppelt, schief gewachsen, auf verschiedene Art und Weise missgebildet.“ [1])

Aber man muss anerkennen, dass die Frage niemals so wissenschaftlich gestellt und so formell gelöst wurde als wie in unseren Tagen. Sie werden alle verstanden haben, dass ich auf die schöne Arbeit anspiele, welche mein College Professor Parrot gemacht hat. Ich habe gesagt, die Frage wurde niemals so wissenschaftlich aufgeworfen, denn auf hunderte von Beobachtungen und auf hunderte von Autopsien hat Parrot seine Conclusionen gegründet.[2])

Sie wurde auch früher niemals in so formeller Weise gelöst. Ich meine in einer so kategorischen und absoluten Weise. Denn niemand hatte es bisher gewagt, die Rhachitis als eine Krankheitsspecies zu leugnen und sie als eine einfache Varietät der Syphilismanifestation hinzustellen. Und das ist die Lehre, welche in neuester Zeit Parrot aufgestellt hat. Für diesen hervorragenden Arzt ist in der That die Rhachitis nichts anderes als ein Abkömmling der Syphilis, eine Art, in welcher sich die hereditäre Syphilis gegen das zweite Jahr ihrer Existenz ausdrückt. In Wahrheit hat diese Lehre, obwohl sie mit einem seltenen Talent aufgestellt und aufrechterhalten wird, obwohl sie sich auf eine grosse Anzahl anatomischer Beweise stützt, bisher nur eine kühle Aufnahme gefunden. Im Vergleich zu den Anhängern, welche sie sich verschaffen konnte, hat sie weit zahlreichere Gegner gefunden. Sie wurde sogar lebhaft angegriffen, bekämpft und strenge verurtheilt von einigen unserer Fachgenossen sowohl in Frankreich als in der Fremde. Dass man diese Lehre nur mit dem Beneficium des Inventars annimmt, und dass man ihr selbst mit Misstrauen begegnet, begreife ich. Nichts ist berechtigter; denn der Zweifel, die Kritik, die Controle sind die Elemente einer jeden wissenschaftlichen Ueberzeugung und eines jeden Fortschrittes. Aber dass man heute sich berechtigt glauben könnte, diese Doctrin zu verleugnen, sie über Bord zu werfen, sie in einer absoluten und definitiven Weise zu verdammen, wie es einzelne Aerzte gethan haben, kann ich weder billigen noch verstehen.

Einem Gelehrten, wie Parrot, welcher die Resultate seiner langen klinischen Untersuchungen und seiner zahlreichen Nekroskopien mittheilt, geziemt es sich meiner Meinung nach nur mit Argumenten von gleichem Werthe zu antworten. Aber Argumente dieser Art lassen sich nicht in einer Discussion improvisieren. Um sie zu finden, bedarf es langer Arbeit in den Sälen der Klinik und im Leichenhause. Keiner von uns wäre, soviel ich weiss, im Stande, heute Herrn Parrot ein Contingent von klinischen und anatomischen Thatsachen entgegenzustellen, welche den von ihm vorgeführten gleichkommen würden. Ein definitives Urtheil

[1]) Trad. franç., 1743, t. IV, pag. 122.

[2]) V. Bulletins de la Société de chirurgie, séance du 21. Fevr. 1883, etc. — Gazette medic. 1874, ne 14. — Progrès médical, 1881. — Congrès international des Sciences medicales, terni à Londres, 1881, etc. etc.

über die Theorie unseres Collegen könnte also im gegenwärtigen Momente weder in der einen, noch in der anderen Richtung ausgesprochen werden. Dass Urtheil muss hinausgeschoben werden und wird erst nach Ablauf der Zeit und weiterer Studien gefällt werden können.

Nachdem ich dies gesagt, glaube ich nicht, meine Herren, dass alles im Zustande der Ungewissheit und der Hypothese in Betreff der Beziehung der Rhachitis zur hereditären Syphilis bleibt. Das wäre ein Irrthum. Thatsächlich gibt es in dieser Frage zwei vollkommen deutliche Punkte, welche man grosses Unrecht hätte, miteinander zu vermengen und als solidarisch zu betrachten. Der eine Punkt betrifft eine Thatsache, der andere einen Lehrsatz. Die Thatsache ist die folgende:

Beobachtet man Rhachitis mit einem unleugbaren Grad von Häufigkeit bei solchen Individuen, welche an hereditärer Syphilis leiden?

Der Lehrsatz ist im Gegensatz der folgende:

Ist die Rhachitis eine Aeusserung der Syphilis oder ist sie nur eine indirecte, banale Consequenz der ererbten Syphilis?

Bei der blossen Aufstellung dieser beiden Behauptungen werden Sie sie schon in ganz verschiedener Weise beurtheilt haben. Ueber den einen Punkt, welcher die Frage bildet, ist es schon jetzt sicher, dass wir genau unterrichtet sind. Ich kann sagen, dass darüber die Acten geschlossen sind. Es ist das der erste Punkt. Ja, ganz sicher, über alle Discussion erhaben findet sich die Rhachitis in einer beträchtlichen Häufigkeit bei Individuen, welche mit hereditärer Syphilis behaftet sind; und zwar ist diese Häufigkeit eine solche, dass sie durch sich allein bezeichnend wird, und dass sie in einer sicheren Weise einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Syphilis und Rhachitis bezeugt. Das geht aus den Beobachtungen unserer Vorgänger und aus unseren eigenen Wahrnehmungen hervor. Eine grosse Anzahl älterer moderner und noch lebender Autoren hat gezeigt, dass die Rhachitis in einer Beziehung zur hereditären Syphilis steht.

Parrot hat also, wie er selbst sagt, nichts gethan, als den Beweis für diesen Punkt geliefert. Und ich für meinen Theil habe, bevor ich noch die Resultate meines Collegen kannte, schon constatirt, dass so und so oft die Rhachitis mit der hereditären Syphilis correspondire, und ich zögerte schon seit langem nicht (z. B. in meinen Vorlesungen, die ich in der Lourcine gehalten habe) einen engen Zusammenhang zwischen beiden Krankheiten anzunehmen.

Sie haben in den Sälen unserer Klinik zahlreiche Beispiele gesehen.

Erinnern Sie sich unter anderen Fällen dieser Art des letzten, der uns zur Beobachtung kam. Vor wenigen Tagen führte uns eine syphilitische Frau ihre beiden Kinder zu; das ältere, von 4 Jahren, war ein ausgezeichneter Typus der Rhachitis. Das jüngere Kind, welches nur wenige Monate zählte, war mit Syphiliden bedeckt.

Ein anderer identischer Fall ist meiner Privatpraxis entlehnt. Ein junger Mann erwirbt eine schwer verlaufende Syphilis, von deren Erscheinungen ich ihn nur mit grosser Mühe befreite. Er heiratete zu früh und wurde Vater von zwei Kindern. Das ältere derselben, welches ich unglücklicherweise erst sehen konnte, nachdem es von seiner Amme zurückgenommen wurde, ist gegenwärtig 6 Jahre alt und zeigt im höchsten Grade die classischen Difformationen der Rhachitis. Was das

zweite Kind anlangt, welches fast seit seiner Geburt mit specifischen Erscheinungen behaftet war, so ist dasselbe mit $2^1/_2$ Jahren den Erscheinungen der Gehirnsyphilis erlegen.

Fälle dieser Art sind heute gar nicht mehr zu zählen. Sie sind zahlreich, überzahlreich. [1])

Daran nicht glauben, hiesse die Augen vor den Thatsachen verschliessen. Und wenn ein Arzt sie bezweifeln wollte, so dürfte er dadurch allein den Verdacht erregen, dass er sich mit dieser Frage nie beschäftigt hat. Es lässt sich daher eine formale, sichere Schlussfolgerung ziehen, nämlich die, dass rhachitische Erscheinungen in einer beträchtlichen und häufigen Anzahl an mit hereditärer Syphilis behafteten Individuen vorkommen.

Können wir nun diese Schlussfolgerung erklären?

Das ist eine andere Sache, und hier haben wir nun nach den Thatsachen, die wir festgestellt haben, den Lehrsatz, welchen wir interpretiren sollen. Parrot hat diesen gordischen Knoten durchhauen, indem er sagt: „Rhachitis ist eine Erkrankung syphilitischen Ursprungs.“ Mit dieser Aussage wird alles klar. Nichts natürlicheres, als das Auftreten einer syphilitischen Erkrankung auf einem syphilitischen Terrain.

Aber gerade darin, glaube ich, hat er über das Ziel hinausgeschossen. Indem er die Rhachitis zu einer Erkrankung ausschliesslich syphilitischen Ursprungs machte, hat er die Schlussfolgerungen übertrieben, welche sich aus seinen schönen Untersuchungen ziehen lassen. Anstatt sich an die Thatsachen zu halten, welche er so gut und so formell hingestellt hatte, hat er sich zu einer unklugen Verallgemeinerung hinreissen lassen und er hat ohne Unterschied „alle“ Fälle von Rhachitis der Syphilis zugeschrieben. Nach seiner Lehre gäbe es überhaupt keine Rhachitis mehr, und alles, was man unter diesem Namen beschrieben hatte, würde in die Domäne der Syphilis gehören. [2])

Kurz, ein Mathematiker würde die Lehre von Parrot durch folgende Gleichung ausdrücken:

Rhachitis = Syphilis.

Ich glaube, dass ich nicht leichtsinnig handeln werde, wenn ich vorhersage, dass diese Lehre ihre Bestätigung durch die Beobachtung nicht finden wird. Denn einerseits ist es sehr schwer anzunehmen, dass die Rhachitis immer von einer einzigen Ursache herrühren soll. Und welches sollte auch übrigens diese Ursache sein, wenn man die Rhachitis unter so verschiedenen Bedingungen entstehen sieht, die einander oft entgegengesetzt sind?

[1]) Ein schöner Fall dieser Art wurde in der chirurgischen Gesellschaft am 7. Februar 1883 von Dr. Lanelongue vorgestellt.

Kassowitz sagt, fast alle hereditärsyphilitischen Kinder werden rhachitisch. (Wiener medicinische Presse, 1881).

L. Fürth, Die Pathologie und Therapie der hereditären Syphilis. Wien, 1879.

Gibert (du Havre), Rachitisme et syphilis (Gaz. hebd., 1883).

[2]) Eine so typische und methodische Alteration wie die Rhachitis kann nicht durch verschiedene banale Ursachen zustande kommen. Der Rhachitismus muss und kennt unter allen Umständen nur eine einzige specifische Ursache und diese ist die hereditäre Syphilis. In dem Momente, wo sie die Rhachitis hervorruft, ist die Syphilis erschöpft (?); sie ist ihre äusserste Anstrengung. Die Syphilis selbst existirt nicht mehr (?) Sie hat an ihre Stelle eine neue Affection gesetzt. Es ist das ein unleugliches Exempel einer Krankheitsumbildung.“ (Gaz. hebdom. 1881, pag. 564).

Andererseits ist es noch viel schwerer, sich die Syphilis als einzige Ursache der Rhachitis vorzustellen, wenn sich im Gedächtnisse eines jeden einzelnen von uns, wie Reclus sagt, Beobachtungen finden, welche ergeben, dass Rhachitische von nicht Syphilitischen herstammen. [1])

Aber wenn es so ist, wenn es Fälle gibt und seien sie noch so gering an Zahl, wo die Rhachitis ohne den Einfluss der hereditären Syphilis entstand, was geschieht dann mit der Parrot'schen Gleichung?

Es scheint mir daher bei dem gegenwärtigen Stande unseres Wissens rationeller, die Rhachitis, welche bei syphilitischen Kindern entsteht, als eine indirecte Folge der Syphilis zu betrachten, als wie mit Parrot daraus eine directe durch die syphilitische Diathese hervorgerufene Erkrankung zu machen.

Das ist wenigstens die Ueberzeugung, zu der mich meine eigenen Untersuchungen geführt haben.

Für mich ist die Rhachitis unserer kleinen Kranken nichts als wie das Resultat der allgemeinen Ernährungsstörung, welche im Organismus durch die Syphilis hervorgerufen wird. Ich glaube, dass die Syphilis die Rhachitis hervorruft geradeso wie die Schwächlichkeit, die zarte Constitution, den Lymphatismus, die Tuberkulose, den Lupus, die schlechte Ernährung, die Missbildung der Zähne, den Stillstand in der Entwicklung, den Infantilismus etc., alles banale Folgen einer specifischen Ursache, aber einer specifischen Ursache, welche auf die Ernährung einen Einfluss allgemeiner Depression, von Denutrition, Consumption, allgemeinen organischen Verfalls und Degeneration ausübt. [2])

Da ich die in Rede stehende Frage von diesem Gesichtspunkte aus betrachte, so kann ich folgende Thatsachen der Beobachtung hinstellen:

1. Dass die Syphilis die Rachitis erzeugen kann, und 2. dass sie nicht die einzige Ursache derselben ist.

Für mich würde die Syphilis eine sehr wichtige, vielleicht sogar die Hauptursache der Rhachitis sein, wenn Sie wollen. Aber sie würde eben nur eine der Ursachen sein. Die Syphilis würde die Rhachitis nicht so sehr als specifische Erscheinung veranlassen als vielmehr als eine allgemeine Erkrankung wie eine die Gesammternährung herabsetzende, die Ernährung störende und eine native Diskrasie erzeugende Krankheit, sie gibt mit einem Worte Veranlassung zu einem Krankheitsprocesse, welcher von einer ungenügenden Vitalität herrührt.

Schliessen wir also diese Discussion mit der nothwendigen Reserve, welche eine so heikle Frage auferlegt, indem wir folgende drei Lehrsätze aufstellen:

[1]) Gazette hebdom. 1883. — Discussion à la Société de chirurgie 1883. — Cazin Rhachitisme et Syphilis, 1883. — Guéniot, Des Rapports de la syphilis hérédit. avec la rhachitisme (Soc. de chirurgie 1883).

[2]) Diese Meinung wurde durch verschiedene andere Autoren ebenfalls zum Ausdrucke gebracht. Nach Taylor kann die Syphilis die Rhachitis erzeugen, aber indirect und zwar in der Weise, dass sie die Ernährung durch ihre adynamische und schwächende Kraft alterirt. An anderer Stelle äussert er sich: die Syphilis kann Rhachitis auf dieselbe Weise erzeugen, wie sie unter dem Einflusse der Kachexie für verschiedene Krankheiten die Thüre öffnet. Aber es besteht kein directer Zusammenhang zwischen den beiden Krankheiten und der Beweis davon ist, dass die specifische Behandlung keinen Einfluss auf Rhachitis übt. (Syphilitic lesions of the osseous system, New-York, 1875.)

So äussert sich Gazin, dass die Syphilis zur Rhachitis prädisponirt, wie die Scrophulose und so viele andere Ursachen, welche eine Verschlechterung des Individuums und der Gattung hervorrufen (l. c. 7).

1. Die Rhachitis findet sich bei hereditärsyphilitischen Individuen mit einer Häufigkeit, welche nicht daran zweifeln lässt, dass zwischen ihr und der Syphilis ein ursächlicher Zusammenhang besteht.

2. Dieser Zusammenhang wird in der Wissenschaft heutzutage in verschiedener Weise anerkannt, und eine Lehre, welche von einem hervorragenden Arzte aufgestellt wurde, betrachtet die Rhachitis als einen directen Ausfluss der Syphilis, als eine ausschliesslich ihrem Ursprung und ihrer Natur nach syphilitische Erkrankung.

3. Aber es scheint nach dem gegenwärtigen Stande unseres Wissens wahrscheinlicher, dass man die Rhachitis nur als ein indirectes Resultat der Syphilis betrachten darf. Wenn wir die uns beschäftigende Frage auf diese Weise einer Prüfung unterziehen, so wäre die Rhachitis nicht eine syphilitische Manifestation, sondern nur eine gewöhnliche Consequenz des discrasischen Einflusses, welchen die Syphilis auf den Gesammtorganismus und insbesondere auf das Knochensystem ausübt.

IX.

5. Stigmatisirung der Haut und Schleimhaut durch Narben.

Es kommt sehr häufig vor, dass sich die hereditäre Syphilis in der frühesten Jugend durch Erkrankungen der allgemeinen Decke und der Schleimhaut äussert. Sind die Krankheitsformen oberflächlich, so hinterlassen sie nach der Heilung keine Spuren; wenn sie aber tief greifen, zur Geschwürsbildung führen, so muss ihnen selbstverständlich eine sichtbare Narbe folgen, welche ein unzerstörbares Merkzeichen hinterlässt.

Für uns ergibt sich daraus folgende Frage: Können diese Narben für eine retrospective Diagnose ausgenützt werden? Ist es erlaubt, auf Grundlage dieser Narben zu versichern oder den Verdacht zu schöpfen, dass ein Individuum von 5, 10, 15, 20 Jahren mit Syphilis behaftet sei?

Es war nicht anders zu erwarten, als dass diese Frage in verschiedener Weise beantwortet wurde. Die einen sagten: Es ist möglich, mitunter sogar leicht, eine hereditäre Syphilis nach den Narben zu erkennen, welche am Körper hinterlassen wurden. Geradeso wie die Palaeontologen die Existenz irgend einer Thiergattung aus irgend einer Epoche der abgelaufenen Jahrhunderte nach manchen Spuren, welche sie in Erdschichten hinterlassen hat, erkennen.

Nach anderen hätten im Gegentheil die in Frage kommenden Narben nichts specielles, besonders dann, wenn man nach einer Reihe von Jahren an die Untersuchung schreitet, und man würde sich nach dieser Meinung sehr stark irren oder sich Illusionen hingeben, wenn man eine retrospective Diagnose der Syphilis nach einzelnen ganz geringfügigen Narben an der allgemeinen Bedeckung stellen würde.

Meiner Meinung nach ist weder die eine noch die andere dieser exclusiven Versicherungen richtig. Ich werde es Ihnen beweisen. Wir müssen zuvor eine Sache feststellen. In einer Anzahl von Fällen haben die Narben, welche man an der Haut findet, unter den besonderen Verhältnissen, welche wir im Auge haben, nichts bedeutungsvolles, nichts, was uns gestatten würde, sie mit einer specifischen Erkrankung in Beziehung zu bringen. Nehmen wir als Beispiel einen der Kranken, welcher sich gegenwärtig an unserer Klinik befindet.

Sie sehen hier ein Kind von 10 Jahren, welches unzweifelhaft an hereditärer Syphilis leidet. Wir haben das Eingeständnis der Eltern. Wir haben von einem Collegen genaue Angaben über syphilitische Erkrankung des Kindes selbst, welches noch dazu in unsere Klinik mit deutlichen Erscheinungen einer syphilitischen Recidive eingetreten ist. Sehen wir uns nun die Haut dieses Kindes an. Wir sehen hier beiläufig ein Dutzend deutlicher Narben, welche zerstreut am Bauche, am Rücken, an den Hinterbacken, an den Schenkeln und an den Beinen sitzen. Diese Narben sind klein, von der Grösse einer Linse, leicht deprimirt, weisslich, die einen rund, andere ohne besondere Form u. s. w. Was könnten uns nun diese Narben lehren? Nichts. Und dennoch in Bezug auf die bekannten Antecedentien des kleinen Kranken sind sie sehr wahrscheinlich, beinahe gewiss, die Zeichen einer specifischen Erruption, welche in frühester Jugend stattfand. Aber haben sie irgend etwas in ihrem Charakter, was bedeutsam wäre? Durchaus nicht. Unterscheiden sie sich in irgend etwas von Narben, welche auf irgend eine vulgäre Hauterkrankung zu folgen pflegen? — Nicht im geringsten.

Wir können also daraus schliessen, dass sie ein todter Buchstabe bleiben in Bezug auf die Ursache, welche sie hervorgebracht hat.

So verhält es sich, Sie dürfen es mir glauben, in einer grossen Anzahl von Fällen. Die Haut kann auf hundert verschiedene Weisen erkranken. Sie ist mancherlei Affectionen unterworfen, wie Verbrennung, Contusionen, Traumen, Furunkeln, Varicellen, Variola, Syphiliden, scrophulosen Erkrankungen etc., und die Narben, welche in Folge aller dieser Erkrankungen zurückbleiben, sind untereinander nicht zu unterscheiden. Also der erste Punkt: In einer Anzahl von Fällen bleiben die Narben, welche man an der Haut finden kann, ohne diagnostische Bedeutung, oft selbst dann, wenn sie von einer sicheren specifischen Erkrankung herrühren. Aber ist es immer so? — Nein, sicher nicht. Es gibt im Gegentheile Fälle, in denen die Narben an der Haut oder an der Schleimhaut in Folge gewisser mehr oder weniger specieller Charaktereigenthümlichkeiten einen wichtigen Stützpunkt für die retrospective Diagnose der hereditären Syphilis geben können. Es gibt Fälle, in denen Narben dieser Art uns die Syphilis vermuthen lassen und selbst solche, auf Grundlage deren wir sie mit Sicherheit feststellen können. Welche sind nun diese Charaktereigenthümlichkeiten, auf welche ich hier anspiele? — Das müssen wir jetzt genauer feststellen.

I. Es gibt Narben, welche durch sonst nichts als durch ihre Ausdehnung verdächtig sind. Eine grosse Narbe schränkt das Feld der Hypothesen über ihre Provenienz sehr ein. Es ist bestimmt, dass z. B. eine Narbe, welche so gross wie eine Handfläche ist oder noch grösser, unmöglich von einer Varicella, einer Krätze oder Furunculose herrühren kann und ihre Ausdehnung allein führt schon zur Vermuthung, ich sage nicht mehr, einer vorausgegangenen Syphilis. Mit noch grösserer Berechtigung werden multiple grosse Narben sich in diesem Sinne verwerthen lassen.

II. Merkzeichen von einem höheren Werth elassen sich aus der Configuration der Narben, sowie aus ihrer gegenseitigen Lagerung ableiten.

In dieser Beziehung haben wir Folgendes hervorzuheben:

1. Die abgerundete Form ist eine Lieblingsform der Syphiliden, wie jedermann weiss.

2. Die Configuration der Narbe mit vielzackigem Rande. Es ist das eine Narbe, deren Rand sich aus einer Reihe von Kreisbögen zusammensetzt; eine Narbe in Arcaden, wie wir zu sagen pflegen, ist fast immer syphilitischen Ursprungs.

3. Die Serpiginosität. Eine Narbe, welche sich bandförmig in Wellenlinien, in Schlangenlinien ausbreitet, gehört fast ausschliesslich der Syphilis an.

4. Eine noch charakteristischere Anordnung, (welche sich aber nur selten findet,) ist diejenige, wo mehrere benachbarte Narben regelmässig zu einander so gelagert sind, dass sie Kreisbogen oder Halbmonde bilden.

Ich habe Ihnen jüngst eine Kranke gezeigt, welche von einer syphilitischen Mutter herstammt und selbst seit ihrer Geburt syphilitisch ist, welche eine Gruppe von Narben, die auf diese Art angeordnet waren und einen Halbkreis bildeten, zeigte.

5. Endlich eine letzte Anordnung, welche ebenfalls sehr häufig bei Syphilis vorkommt, ist diejenige, wo mehrere Narben sich in einer eng umschriebenen Gegend zusammengedrängt finden. Die Narben stehen eine in der Nachbarschaft der anderen, sie sind in der Form eines Bouquets oder einer Giesskannenrose, um mich eines gewöhnlichen Vergleiches zu bedienen, angeordnet.

III. Ein drittes Element der Diagnose bildet der Sitz der Narbe. Man kann ohne Uebertreibung sagen, dass es Narben gibt, welche allein durch ihren Sitz von Bedeutung werden. Und das ist ganz einfach; denn nach der allgemeinen Erfahrung gibt es ja Localisationen, welche den ulcerativen Syphiliden ganz eminent eigenthümlich sind. Natürlich ist es also, dass die Narben, welche an Stelle einer einstigen syphilitischen Erscheinung zurückbleiben, von ihrem Sitze her ein Zeichen der Specificität bekommen. Welches sind nun die Narben, die ihr Sitz verdächtig macht?

Wir werden 4 dieser Art kennen lernen:

1. Narben an den Lippencomissuren (man könnte auch sagen, Narben an den Mundwinkeln, weil sie den Winkel, welcher durch die Lippencomissur gebildet wird, einnehmen).

Bei neugeborenen oder hereditärsyphilitischen Kindern ist eine der häufigsten Erscheinungen ein Syphilid an den Lippencomissuren. Es gibt thatsächlich wenig syphilitische Kinder, welche von dieser Erkrankung nicht betroffen werden. Die Syphiliden, welche an dieser Stelle sitzen, sind Erosionen, zerfallene Papeln oder Geschwüre. Sie nehmen gerade die Comissur ein, indem sie nur etwas — in seltenen Fällen in grösserer Ausdehnung — auf die umgebende allgemeine Bedeckung übergreifen. An und für sich gehen sie wenig in die Tiefe; aber fast immer entstehen Einrisse im Niveau der Mundwinkel und sie bilden Rhagaden, ulceröse Streifen, welche wiederholt hintereinander zerreissen, sich immer mehr aushöhlen, tiefer werden, nur langsam und schwer heilen und in der Folge persistente, stets sichtbar bleibende Narben hinterlassen. Auf diese Art findet man selbst nach langen Jahren an diesen Stellen wie einen posthumen Zeugen eine deutlich ausgesprochene Narbe, welche die Lippencomissur und die angrenzende Haut einnimmt. Diese Narbe hat in der Regel die Form einer kleinen weisslichen Linie, welche ausgezogen, verlängert ist, transversal oder leicht schief von oben nach unten hinzieht. Es kann sein, dass sie abgeschwächt, kaum sichtbar auf der

Schleimhaut ist; (man weiss, dass die Erkrankungen der Schleimhaut in einer weniger auffälligen Weise heilen als wie die der Haut). Aber es bleibt immer eine deutliche und offenkundige Hautnarbe.

Seltener finden sich Narben dieser Art an der Umgebung der Lippen.

Hier sehen Sie ein sehr schönes Beispiel, welches der Sammlung des Herrn Parrot entnommen ist.[1])

Sie sehen an dieser Moulage eine Reihe von zusammenfliessenden Narben der Lippen und der Haut um die Lippen herum, welche lange weissliche Streifen bilden und die ganze Umgebung der Mundöffnung deprimiren.

2. Narben der Nase. Für die ererbte Syphilis ist geradeso wie für die erworbene die Nase eine wahre Lieblingsstelle. Eine grosse Anzahl hereditärsyphilitischer Individuen zeigt im jungen Alter Geschwürsbildungen der Nase. Diese sind bald begrenzt, bald ausgebreitet. Es ist gar nicht selten, dass sie serpiginös und lupusähnlich werden. Sie können an jeder Stelle der Nasenoberfläche sitzen, aber am häufigsten findet man sie an den Nasenflügeln oder am Septum mobile. Es ist selbstverständlich, dass diese Geschwüre entweder ausgebreitete Narben oder Substanzverluste, oberflächliche Einsenkungen, wahre Verstümmlungen des Organs hinterlassen, lauter Zeichen, die durch ihren Sitz allein eine Vermuthung für Syphilis geben können.

3. Narben in der Lenden-Gesässgegend, Narben an der hinteren Schenkelfläche. Diese Narben wurden besonders von Parrot erwähnt. Es sind das Ueberbleibsel der Syphiliden, welche so häufig bei Kindern im ersten Lebensalter in den unteren und hinteren Partien des Stammes und in den unteren und oberen Partien der Beckengegend vorkommen. Das, was die Aufmerksamkeit auf sie lenkt und was sie zu einer wirklichen Besonderheit macht, ist eine bizarre Sache, ein mehr oder weniger negativer Charakter. Sie werden mich gleich verstehen. Diese Narben, merken Sie sich das wohl, sind sehr schwach ausgebildet. Es sind das weniger Narben, als, um die Wahrheit zu sprechen, Flecken und zwar weisse Fleckchen, andererseits sind es nichts anderes als unbestimmte, schlecht ausgeprägte und wenig bemerkbare Conturen. Sie sind auffallend oberflächlich und fast in einem Niveau mit dem umgebenden Gewebe. Sie unterscheiden sich in Bezug auf ihre Färbung wenig von dem Teint der normalen Haut; sie sind höchstens etwas weisser, so dass man sie in einer grossen Zahl von Fällen aufmerksam suchen muss, um sie überhaupt zu sehen. Zuweilen ist ein bestimmter Einfall des Lichtes, eine günstige Beleuchtung nothwendig, um sie zu finden; kurz, es sind, wie Parrot so gut gesagt hat, verwitterte Narben, welche in ihrem Charakter abgeschwächt sind. Und gerade diesem Umstande, dass sie verwischte, fast kaum sichtbare Narben sind, verdanken sie ihre Bedeutung. Das beweist nämlich, dass sie per eminentiam alte Narben sind, welche aus der frühesten Jugend des Individuums stammen aus, einer Zeit, in welcher die Regeneration des Gewebes sich viel vollständiger wieder macht und welche Zeit correspondirt mit jener Lebensepoche, wo sich die Syphiliden gerade in den hinteren Partien des Stammes und der hinteren und oberen Fläche der Beckengegend entwickeln. Seit der Zeit, wo

[1]) Museum des Hospitals St. Louis, Sammlung des Prof. Parrot Nr. 35.

diese speciellen Narben erwähnt wurden, konnten Sie alle Aerzte, welche sich mit Syphilis beschäftigen, namentlich alle Aerzte dieses Spitals mit grosser Gewissenhaftigkeit suchen sehen, und gewiss haben sie in sehr verschiedener Weise über ihren diagnostischen Werth urtheilen gehört. Man hat schon lange darüber discutirt und wie gewöhnlich sind die Meinungen darüber sehr getheilt. Die einen übertreiben den Werth dieses Zeichens, die anderen bestreiten es oder leugnen seinen Werth vollständig. Die Wahrheit liegt meiner Meinung nach in der Mitte, oder besser gesagt, alles hängt von dem Falle ab. Es gibt in der That Fälle, in welchen die Narben wirklich ein semiologisches Indicium geben, sowie es auch andere gibt, wo die Narben so beschaffen sind, dass sie den Verdacht eines specifischen Ursprungs erwecken können, wo sie beinahe genügen, um mit Sicherheit Syphilis annehmen zu können.

Als Gesammtresultat können wir sagen, dass es ein Zeichen ist, welches nicht mehr und nicht weniger werth ist als die Mehrzahl der vorausgegangenen. An und für sich hat es absolut nichts Formales, aber es bringt für die Diagnose eine gewisse Stütze der Wahrscheinlichkeit, welche sicher ihren Werth hat.

4. Narben des Gaumensegels und des Rachens.

Der Gaumen und Rachen sind geradeso wie die Nase besondere Lieblingsstellen, an welchen sich die ererbte Syphilis localisirt und an welchen sie mit besonderer Vorliebe Gummata erzeugt. Es ist fast überflüssig, dass man hinzufügt, dass diese Gummata, welche übrigens in Bezug auf ihre Natur oft verkannt werden, in einer grossen Anzahl von Fällen das Gaumensegel, die Gaumenbögen und den Pharinx theilweise oder vollständig angreifen, verstümmeln, mitunter zerstören. Daher stammen in erster Linie Narben, Substanzverluste, Perforationen, fehlerhafte Anlöthungen im Palato-pharyngealraum u. s. w., welche wichtige Indicien für die Diagnose der hereditären Syphilis liefern. Auch hier macht der Sitz den Werth für die retrospectative Diagnose aus.

X.

Trias von Hutchinson.

Es ist das Verdienst Hutchinsons, [1]) dass er nachgewiesen hat, dass die 3 Gruppen von Symptomen, die ich als Hutchinson'sche Trias bezeichne, häufig bei hereditärer Syphilis vorkommen.

Diese Symptome, auf welche Hutchinson zuerst die Aufmerksamkeit gelenkt hat, sind 3 Symptome, welche häufig bei hereditärer Syphilis vorkommen, und zwar:

1. Entzündung der Augen,
2. Gehörstörungen und
3. Missbildungen der Zähne.

Er hat nun nicht allein diese 3 verschiedenen Krankheitserscheinungen genau beschrieben, sondern er hat auch bewiesen 1 ihre häufige Coincidenz und ihre Beziehung zu einander und 2. hat er ihre gemeinsame Beziehung mit einer identischen Ursache, der ererbten Syphilis, festgestellt. Mit anderen Worten, Hutchinson hat das Folgende gesagt:

[1]) Étude clinique sur certaines maladies de l'oeil et de l'oreille consécutives à la syphilis hereditaire trad. par le Dr. Hermet, Paris, 1884.

1. Man findet häufig bei mit hereditärer Syphilis behafteten Individuen gewisse Erkrankungen der Augen, Gehörsstörungen und eine fehlerhafte Missbildung der Zähne.

2. Die drei Arten der Erscheinungen können jede für sich allein vorkommen, aber am häufigsten findet man sie vereinigt.

3. Man kann in einer fast unwiderleglichen Weise den hereditären Einfluss der Syphilis erkennen.

Seit der Veröffentlichung des Buches von Hutchinson, d. h. seit etwa 20 Jahren hat die fortschreitende Wissenschaft eine Reihe von Unterdetails in dieser Beziehung beigefügt, indem sie theils einzelne zu absolute Aeusserungen des englischen Autors modificirte oder rectificirte und ich werde ihnen bald den Beweis der Divergenzen erbringen, welche mich in gewissen Punkten von Hutchinson trennen. Aber was liegt daran, das Verdienst der ersten Entdeckung bleibt nichtsdestoweniger unserem bedeutenden Collegen und ich beeile mich gleich jetzt das anzuerkennen, um nicht nothwendig zu haben, bei jedem einzelnen Paragraphen, welcher jetzt folgen wird, es neuerdings zu wiederholen. Die Hutchinson'sche Trias kommt ziemlich häufig zur Beobachtung und der Zufall bringt es mit sich, dass ich Ihnen heute gleich 2 schöne Beispiele dieser Art vorführen kann.

I. Sie kennen diesen jungen Mann, welcher seit Monaten in unserer Klinik ist, sie wissen, dass das ein sicherer Fall von hereditärer Syphilis ist und sie können an ihm, ohne von anderen Zeichen der Syphilis zu sprechen, noch Folgendes constatiren.

1. Eine sehr gut ausgesprochene Keratitis, einen veritablen Typus dieser eigenthümlichen Keratitis, welche ich Ihnen bald unter dem Namen der Keratitis interstitialis diffusa oder Keratitis heredo-syphilitica beschreiben werde.

2. Vollständige Taubheit.

3. Missbildung der Zähne von der Art, welche Hutchinson beschrieben hat.

II. Dieselben Phänomäne sehen sie Zug für Zug an dieser kleinen Kranken, welche ebenfalls von syphilitischen Eltern herstammt und mit verschiedenen Zufällen der hereditären Syphilis behaftet ist. Das Kind ist taub, fast vollständig blind in Folge von ausgedehnten Hornhautflecken, welche beide Hornhäute bedecken und welche einer chronischen Keratitis folgten. Endlich zeigt es in sehr ausgesprochener Weise verschiedene Missbildungen der Zähne, welche ich als fast charakteristisch in ihrer Art bezeichnen kann. Das ist das, was man die Hutchinsonsche Trias nennt. Gehen wir nun auf die Details ein.

XI.

6. Augenerkrankungen.

Die Untersuchung der Augen liefert sehr häufig werthvolle Anhaltspunkte für die Diagnose der hereditären Syphilis, indem man durch dieselbe sichtbare Zeichen einer vorausgegangenen Augenentzündung verschiedenen Sitzes wahrnimmt. Es ist also eine formell absolute Vorschrift, mit grosser Genauigkeit in allen Fällen, in welchen der Verdacht auf hereditäre Syphilis vorliegt, die Function der Augen auf das genaueste zu untersuchen. Das was sie dabei finden können, ist folgendes:

I. Als anamnestischen Anhaltspunkt wird man Ihnen über vorausgegangene Augenentzündungen berichten, u. zw. über Augenentzündungen, welche sehr häufig, ich sage nicht immer, intensiv, schwer waren, in der Regel beide Augen, zwar nicht plötzlich, sondern nach und nach betrafen. Diese Augenentzündungen haben lange gedauert und haben oft (ich bitte das wohl zu bemerken) für die Zeit von einigen Monaten eine vollständige Blindheit hinterlassen, endlich heilen diese Augenentzündungen aber nur sehr langsam.

II. Ferner als ein postumes Stigma dieser Erkrankungen findet man zum Beispiel an der Hornhaut Modificationen, welche die Durchsichtigkeit dieser Membran betreffen und die von Hornhautnarben verschiedenen Grades herrühren. An der Iris findet man Spuren der Entzündung, welche sich durch folgende Eigenthümlichkeiten auszeichnen: durch Synechien, verschiedene Difformitäten der Pupille, Unbeweglichkeit der Pupille bis zu einem gewissen Grade, indem sie sich nur unregelmässig und unvollständig unter der Einwirkung des Atropins erweitert. — Pseudomembranen, opaline, weissliche Depôts im Pupillarraume. Endlich, aber viel seltener, findet man atrophische Flecken in der Chorioideia, pupillare Atrophien und sehr ausnahmsweise eine Varietät der Kataracta, welche unter dem Namen der Kataracta zonularis beschrieben ist. Alle diese Erkrankungen, welche ich mir hier nur anzudeuten erlaube, aber die wir noch später genauer studiren werden, sind nichts anderes als Ueberbleibsel der Augenentzündungen einer ferneren Epoche. Was nun das Interesse oder den Werth in Bezug auf die retrospective Diagnose ausmacht, das ist, dass sie für die Vergangenheit Krankheitszustände beweisen, welche gerade diejenigen sind, durch welche sich besonders gerne der Einfluss der hereditären Syphilis ausdrückt. Und in der That, ich werde ihnen bald sagen müssen, einestheils, dass die Augenentzündungen eine der häufigsten Erscheinungen unter unseren Kranken bilden und andererseits, dass unter diesen Augenentzündungen zwei sind, welche besonders häufig zur Beobachtung kommen. In erster Linie eine Varietät der Keratitis, die sogenannte Keratitis interstitialis diffusa und in zweiter Linie, aber in viel geringerer Anzahl von Fällen die Iritis. Ich wiederhole es, es ist daher unbedingt nothwendig, in allen Fällen Spuren vorausgegangener Augenerkrankungen zu suchen, und ich füge noch hinzu, man darf sich nicht zufrieden geben mit der einfachen Inspection der Hornhaut und der Iris, sondern man muss diese Membranen mit der Lupe und mit Hilfe der seitlichen Beleuchtung untersuchen, denn es gibt Hornhaut- oder Iriserkrankungen, welche nur die letztere Art der Untersuchung entdeckt.

Es wäre unnöthig hinzuzufügen, dass die Untersuchung mit dem Augenspiegel unbedingt nothwendig ist, obwohl die Erkrankung der tiefer gelegenen Augenpartien relativ seltener ist.

XII.

7. Erkrankungen und Störungen des Gehörorganes.

Es können gewisse Erkrankungen, noch häufiger aber gewisse Störungen des Gehöres für die retrospective Diagnose, welche wir jetzt studiren, verwerthet werden und das immer aus demselben Grunde, weil

diese Erkrankungen oder diese Störungen gewöhnlich Zufälle der hereditären Syphilis sind. Das was sie zu suchen haben, ist folgendes:

1. Als Antecedentien: ob ein eitriger Ausfluss aus dem Ohre mit den Erscheinungen einer eiterigen Mittelohrentzündung bestanden hat oder ob die Taubheit ohne Ausfluss aus dem Ohre zu Stande kam.

2. Als actuelle Zeichen: ob verschiedene Alterationen des Trommelfelles, sowie Perforationen, in Folge derselben zu Stande gekommene Narbenbildungen, verschiedene Alterationen dieser Membran, partielle oder vollständige Zerstörungen bestehen; ob vollständige oder unvollständige Taubheit, welche das eine oder beide Ohren betrifft und durch keine sichtbare Läsion zu erklären ist, besteht. Einige Details in Bezug auf diese letzteren Symptome sind von grosser Wichtigkeit.

Die Taubheit in Folge hereditärer Syphilis, von welcher ich später noch des Längeren zu reden Gelegenheit haben werde, hat sicher in Bezug auf ihre Symptome nichts specielles. Denn sicher gibt es keine verschiedenen Arten und Weisen, nach denen man taub sein kann. Gerade so, wie es nicht mehrere Arten gibt, nach welchen man paralitisch oder blind sein kann. Aber wenn man genauer analisirt, so erkennt man einzelne frappante Besonderheiten, welche der Taubheit ein gewisses, fast patognomonisches Cachet aufdrücken. Sie werden gleich darüber urtheilen.

1. Es ist erstens eine Taubheit, welche entsteht ohne Begleitung localer oder allgemeiner Zufälle, welche gewöhnlich die Otitis vulgaris begleitet.

2. Es ist eine plötzlich auftretende Taubheit, welche rasch fortschreitet, welche entsteht und sich mit einer wirklich ausserordentlichen Schnelligkeit fortsetzt.

3. Es ist eine Taubheit, welche in kurzem Zeitraum eine beträchtliche Intensität erlangt, welche sie fortwährend bewahrt.

4. Es ist eine Taubheit ohne nachweisbarer Krankheitsveränderung.

Die Individuen, welche auf diese Art von der hereditären Syphilis befallen werden, werden taub auf eine Art und Weise, welche ich als ganz ausserordentlich bezeichnen möchte, sie werden taub, ohne Schmerzen, ohne Ausfluss aus dem Ohre, ohne locale Entzündung, ohne Reaction, auf kaltem Wege, wenn ich mich so ausdrücken darf. Sie werden taub ohne Ursache, ich meine damit ohne anatomische, durch das Othoscop wahrnehmbare Veränderungen. Sie werden in einem ausserordentlichen Grade taub, so dass sie fast nichts oder gar nichts mehr hören, u. zw. so, dass sie für immer taub bleiben. Das geschieht in einem äusserst kurzen Zeitraume, d. h. in wenigen Monaten, in einem Monat, in drei Wochen. Es ist unglaublich, man muss es wirklich gesehen haben, um es zu glauben. Sie, meine Herren, müssen sich die Ueberzeugung dieser Thatsache durch das traurige Schauspiel, welches sich jüngst auf unserer Klinik abspielte, gebildet haben. Ein junges Kind, der Sohn syphilitischer Eltern und selbst syphilitisch, war schon das letzte Jahr auf einem Ohre taub gewesen und wurde unter unseren Augen in wenigen Wochen auf dem anderen Ohre ebenfalls vollständig taub. Er ist heute so taub, dass wir mit ihm nur schriftlich verkehren können. Aber er hat niemals Ohrenschmerzen gehabt, er hat nie den geringsten Ausfluss aus dem äusseren Gehörgange gezeigt und die othoscopische Untersuchung zeigt uns keinerlei Veränderung.

XIII.

8. Missbildung der Zähne.

Es ist häufig, aber nicht constant, dass der Einfluss der hereditären Syphilis sich auf die Zähne erstreckt und sich an denselben durch verschiedene Lesionen äussert. Mit anderen Worten, es ist nicht unbedingt nothwendig, dass ein an hereditärer Syphilis leidendes Individuum die Missbildungen an den Zähnen darbietet, welche wir beschreiben werden, aber man beobachtet dieselben in einer grossen Anzahl von Fällen. [1])

Dte Untersuchung der Zähne bildet ein Element für die retrospective Diagnose der hereditären Syphilis.

Ich glaube sogar es ohne Uebertreibung sagen zu können, dass es ein wichtiges Element erster Ordnung bildet. Zahlreich, sogar sehr zahlreich sind die Fälle, in welchen die hereditäre Syphilis vermuthet und gesucht und dann erst dadurch erkannt wurde, dass der Zustand der Zähne einen ersten Fingerzeig lieferte. Die Beispiele hiefür sind so zahlreich, dass man sie kaum der Zahl nach anführen kann. Es gibt sogar Fälle, in denen die hereditäre Syphilis zum grössten Glück für die Kranken diagnosticirt, behandelt und geheilt werden konnte durch das einzige Indicium, welches die schlecht gebildeten Zähne lieferten. Im Nachfolgenden theile ich ihnen eine interessante Beobachtung Pagets mit:

Ein junges Mädchen, welches mit einer schweren Erkrankung der Nase behaftet war, wurde zunächst als lupös angesehen und in diesem Sinne behandelt. Paget untersuchte die Kranke und es fällt ihm die Missbildung der Zähne, welche gewöhnlich mit hereditärer Syphilis verbunden ist, auf. Nichts anderes, und merken sie darauf wohl, meine Herren, nichts anderes gestattet ihm, an diesem Mädchen Syphilis zu vermuthen. Aber dessen ungeachtet, entschloss man sich einzig und allein auf der Missbildung der Zähne fussend, eine antisyphilitische Behandlung einzuleiten und das, was man für Lupus gehalten hatte, heilte innerhalb 6 Wochen. [2])

Ueber das hinaus habe ich ihnen nichts über das Interesse, welches sich an die Frage der „syphilitischen Zähne,“ wie man sie nennt, knüpft, mitzutheilen. Sie sind über die wissenschaftlichen Erörterungen, welche sich in der letzten Zeit an diese Sache knüpften durch die wiederholten Mittheilungen und Polemiken, welche über diese Frage in den Zeitungen erschienen, genügend unterrichtet. Ich will daher ohne weitere Vorrede sofort auf die Sache selbst eingehen.

Wie äussert sich der Einfluss der hereditären Syphilis auf die Zähne? In zweifacher Weise. Beide Formen sind in Bezug auf die diagnostische Wichtigkeit sehr ungleichwerthig.

1. Durch Verzögerung der Entwicklung.

[1]) Es ist noch unmöglich, glaube ich, durch eine rigorose Statistik den Grad und die Häufigkeit dieser Erkrankungen in Folge hereditärer Syphilis festzustellen. Ich habe es versucht, eine solche Statistik aufzustellen, aber ich musste den Versuch wieder aufgeben u. zw. aus folgenden Gründen: in einer grossen Anzahl von Beobachtungen über Lues hereditaria tarda ist nämlich des Zustandes der Zähne keine Erwähnung geschehen. Es ist nun absolut nicht zu entscheiden, ob in diesen Fällen sich nichts abnormes dargeboten hat oder ob der Beobachter nur sein Augenmerk nicht darauf richtete.

[2]) The medical Times and Gazette 1862 t. I., p. 309.

2. Durch den Stillstand in der Entwicklung und durch die Modificationen in der Structur, welche durch consecutive Missbildungen bedingt wird. Wenige Worte genügen für die erste Art der Veränderung, die zweite Art wird uns längere Zeit beschäftigen.

XIV.

Der Einfluss der hereditären Syphilis bewirkt mitunter eine mehr oder weniger auffällige Verspätung in der Entwicklung der Zähne. Diese Eigenthümlichkeit kennt man aber schon sehr lange. Schon im letzten Jahrhundert erwähnt Sanchez die tardive Dentition bei Kindern, welche mit Syphilis geboren wurden. Dieselbe Thatsache wurde schon seit langem von einer Anzahl von Autoren, namentlich in unseren Tagen von einem der competentesten Specialisten, dem Dr. Magitot, beobachtet. Ich für meine Person habe in meinen Notizen zahlreiche Fälle von syphilitischen Kindern, welche erst mit 10, 12, 14 und 15 Monaten die ersten Zähne bekamen. Die Verspätung der Entwicklung ist am häufigsten eine allgemeine, d. h. betrifft gleichmässig das ganze Zahnensemble. Dessen ungeachtet sieht man zuweilen diese Veränderung sich nur auf eine einzige Zahngruppe, die Schneidezähne, localisiren. In den von mir durchgesehenen Beobachtungen findet man die verspätete Zahnentwicklung namentlich für die erste Zahnung hervorgehoben. Dessen ungeachtet zeigen einzelne Fälle, dass eine ähnliche Verspätung den Durchbruch die bleibenden Zähne betreffen kann. Bis jetzt ist an der ganzen Sache nichts aussergewöhnliches. Aber diese Verspätung der Entwicklung kann die vorhin angegebenen Grenzen überschreiten und in wirklich beträchtlichen Proportionen, welche dann ganz aussergewöhnlich sind, sich geltend machen.

So berichtet Demarquay über einen Fall, in dem ein syphilitisches Kind mit 4 Jahren noch keinen einzigen Zahn hatte und welches ausserdem (eine damit coincidirende Eigenthümlichkeit, die ausserordentlich merkwürdig und in Bezug auf die Patogenie bezeichnend ist), noch nicht gehen konnte. [1])

Lancereaux erwähnt ebenfalls einen wirklichen Stillstand in der Entwicklung der Zahnbildung bei einem syphilitischen Kinde, welches gleichzeitig microcephal, idiotisch und epileptisch war. Im Alter von 10 Jahren waren die seitlichen Schneidezähne und die Eckzähne kaum aus ihren Alveolen herausgetreten. [2])

Diese Verspätung in der Entwicklung der Zähne ist mir ein localisirter Ausdruck einer allgemeineren Thatsache, auf welche ich schon früher ihre Aufmerksamkeit gelenkt habe, nämlich die Verlangsamung der physischen Entwicklung bei den Individuen, welche mit hereditärer Syphilis behaftet sind. Ich habe Ihnen gesagt, dass sehr häufig die Entwicklung der Individuen, das, was man gewöhnlich das Wachsthum nennt, nur sehr langsam und in einer unvollständigen Weise bei syphilitischen Kindern von statten geht. Man darf sich daher nicht wundern, wenn das Zahnsystem an dieser Totaldisposition des ganzen Organismus theilnimmt. Gewiss ist diese Eigenthümlichkeit der Ent-

1) Bulletins de la Societät de chirurgie 1871.
2) Traité de la syphilis, II. Ausg., p. 442.

wicklung des Zahnsystems an und für sich merkwürdig und bietet in Bezug auf die retrospective Diagnose ein gewisses Interesse. Sie werden aber begreifen, dass diese Eigenthümlichkeit nur eine geringe Stütze für die Diagnose bieten kann. Beschränken wir uns also darauf, sie anzudeuten ohne länger dabei zu verweilen. Anders verhält es sich mit den verschiedenen Entwicklungsveränderungen, welche an den Zähnen zum Ausdruck kommen. Diese sind von weit grösserer Bedeutung und liefern ein werthvolles Element für die Diagnose.

XV.

In zweiter Linie ruft die Vererbung der Syphilis zahlreiche Störungen in der Entwicklung des Zahnsystems hervor. Dieselben sind verschiedener Art. Zur Bequemlichkeit des Studiums und zur Erleichterung für die Erinnerung können die zur Beobachtung kommenden Erscheinungen in vier hauptsächliche Gruppen geordnet werden. Diese Erscheinungen sind:

1. Erosionen der Zähne (wir werden gleich sehen, was das zu bedeuten hat).

2. Kleinheit der Zähne; dieselbe besteht in der Kleinheit, in der Reduction unter das physiologische Mittel des Umfanges gewisser Zähne.

3. Amorphismus der Zähne; d. h. ein Zahn verliert mehr oder weniger die Attribute des Typus, welchem er angehört.

4. Vulnerabilität der Zähne; dieselben sind zugänglicher geworden für die Ursachen der Abreibung, der Desorganisation und der Zerstörung, welche auf sie einwirken; mit anderen Worten, die Zähne nützen sich leicht ab, werden leicht alterirt und bestimmte Zähne fallen frühzeitig aus.

Fügen Sie diesen vier hauptsächlichen Eigenthümlichkeiten einige seltenere hinzu (wie z. B. Unregelmässigkeit der Einpflanzung, unregelmässige Anordnung in der Stellung zu einander etc.) und Sie werden beinahe das vollständige Programm für unsere Studien haben.

Man gibt Zähnen, welche auf eine ganz bestimmte Art und Weise verändert sind, gegenwärtig den Namen der syphilitischen Zähne. Nehmen wir, so uncorrect auch diese Bezeichnung ist, dieselbe doch an, weil sie einmal durch den Gebrauch sanctionirt ist. Aber nehmen wir sie nur an, indem wir ganz genau auseinandersetzen, was diese Bezeichnung für uns bedeutet. Man könnte glauben, dass, sowie man von einem syphilitischen Hoden, einer syphilitischen Leber oder einer syphilitischen Niere spricht, auch der syphilitische Zahn ein Zahn wäre, welcher zur Zeit seines Durchbruches normal constituirt war und aus den Zahnfurchen in gesundem Zustand hervorkam und erst später durch die Syphilis in einer bestimmten Weise erkrankte.

Dem ist aber nicht so. Das was der Ausdruck syphilitischer Zahn bezeichnet, ist vielmehr eine congenitale Missbildung des Zahnes, welche durch den syphilitischen Einfluss bedingt wurde. Behalten Sie das Wort congenitale Missbildung wohl im Gedächtnis. In der That handelt es sich hier um keinerlei Erkrankung, welche in Folge von Syphilis auf einem von Ursprung her gesunden Zahn, welcher regelmässig und normal gebildet war, sich zeigt. Worum es sich handelt, das ist eine Mangelhaftigkeit der Entwicklung, welche durch die Syphilis einem Zahn, welcher noch in seiner Alveole sich befand, aufgedrückt wurde, also um

etwas, was, wenn ich mich so ausdrücken darf, den Zahn noch während seines Föltallebens betraf. Mit anderen Worten, Sie sehen die Erkrankungen des Zahnes, welche man mit dem Namen des syphilitischen Zahnes bezeichnet, sind nichts anderes als wie die Consequenz, die Stigmata der pathologischen Action, welche durch die Syphilis auf die Zähne oder den Zahn während des Stadiums seiner intragingivalen Entwicklung ausgeübt wird. Bevor ich auf die nähere Beschreibung der Eigenthümlichkeiten dieser Veränderung eingehe, will ich noch einige Worte über die Geschichte der syphilitischen Zähne sprechen.

In England wurde zuerst auf dieselben aufmerksam gemacht und Sie wissen, dass Hutchinson das Verdienst gebührt, zuerst darauf aufmerksam gemacht zu haben. In England wurde auch die Frage am meisten discutirt und am allgemeinsten bekannt. Die Frage veranlasste bei unseren englischen Collegen eine wahrhaftige „wissenschaftliche Agitation“, welche die Sache sehr rasch bekannt gemacht hat. Der syphilitische der „typische Zahn“, „die Zahnulcerationen“ sind wie laufende Münze als diagnostische Elemente für hereditäre Syphilis in England. In Frankreich ist dieses Symptom weniger bekannt. Trotz hervorragender Arbeiten von Parrot und Magitot und einiger Schüler des letzteren ist dieses Symptom über einen kleinen Kreis von Aerzten, welche sich speciell mit dem Studium der syphilitischen Affectionen oder der Zahnheilkunde beschäftigen, nicht hinausgedrungen. Dieses Symptom ist der medicinischen Welt noch nicht allgemein bekannt; in unseren Tagen erkennt man es noch nicht in allen unseren Kliniken an, welche Dienste die Untersuchung der Zähne in Bezug auf die Diagnose der hereditären Syphilis leisten kann. Man ist sogar in dieser Beziehung sehr sceptisch. Sehr häufig, — ich habe dafür Beweise, — verwechselt man das, was man den Hutchinson'schen Zahn nennt, mit dem, was man als syphilitischen Zahn bezeichnet, was also einen Theil für das Ganze nehmen heisst; man verwechselt wie wir es gleich sehen werden, eine Erscheinung mit einer Summe von Erscheinungen.

Ich werde die günstige Gelegenheit benützen, welche das Studium der hereditären Syphilis uns gibt, um vor Ihnen diese Frage bis ins Detail zu studiren, besonders von dem speciellen Gesichtspunkte aus, den wir immer vor Augen haben.

XVI.

Stellen wir zuerst einige allgemeine Gesichtspunkte auf.

I. Der Einfluss der ererbten Syphilis auf die Zähne kann sich auf beide Zahnungsperioden erstrecken. Man glaubte zuerst mit Hutchinson, dass die zweite Zahnungsperiode allein dem Einfluss der hereditären Syphilis unterworfen sei; es ist dies ein Irrthum; und seitdem dieser Gegenstand gründlicher studirt worden ist, musste man erkennen, dass die Milchzähne ebenso wie die zweiten Zähne von der Syphilis ergriffen werden können. Parrot lieferte in dieser Beziehung Beweise, die über jeden Zweifel erhaben sind. Sie können selbst nach dieser schönen Abbildung, welche ich Ihnen hier zeige, urtheilen. Sie sehen hier die Zähne eines hereditärsyphilitischen Kindes, welches 27 Monate alt ist. Wenn Sie die beiden oberen mittleren Schneidezähne ansehen, so finden sie dieselben sehr stark halbmondförmig ausge-

schnitten und zeigen sie den ausgesprochendsten Typus von dem, was man gegenwärtig mit dem Namen des Hutchinson'schen Zahnes bezeichnet.

II. Die Milchzähne sind oder scheinen wenigstens weniger oft durch die hereditäre Syphilis beeinflusst zu werden, als wie die bleibenden Zähne. In dieser Beziehung gibt es keinen Zweifel. Auf einen Fall, in welchem die Zähne der ersten Zahnungsperiode ergriffen sind, kommen 15, in denen die Zähne der zweiten Zahnungsperiode betroffen sind. Ich muss aber dessen ungeachtet zugeben, dass es sehr wahrscheinlich ist, dass dieses Verhältnis wesentlich modificirt werden würde, wenn man bei allen Autopsien von Kindern aus den frühesten Lebensperioden die Alveolen öffnen würde, um die Zahnkeime zu untersuchen. Parrot sagte mir, dass, wenn er auf diese Weise vorging, er sehr häufig verschiedene Lesionen der Milchzähne entdeckte.

III. Die Missbildungen der Zähne, welche durch die hereditäre Syphilis veranlasst werden, sind im allgemeinen multipel und meist symmetrisch auf beiden Seiten. Hierfür sprechen die verschiedenen Abbildungen, welche ich Ihnen hier vorlege, d. h.:

1. In der Regel sind mehrere Zähne gleichzeitig ergriffen;

2. in der Regel sind die homologen Zähne des einen oder des andern Kiefers in gleicher Weise ergriffen;

z. B. wenn im Oberkiefer der mittlere linke Schneidezahn eine krankhafte Veränderung zeigt, so wird sich dieselbe Veränderung in dem rechten mittleren Schneidezahne finden; wenn ein unterer Eckzahn der einen Seite erkrankt, so wird ebenso der Eckzahn der anderen Seite eine Modification derselben Art darbieten. Dies ist die Regel. Dessen ungeachtet wird man aber die Regel nicht als eine so absolut immer zutreffende hinstellen dürfen, wie es einzelne unserer Fachgenossen wollen. Dieselbe hat ihre Ausnahmen. So gibt es Fälle, in denen die Missbildung sich nur auf einzelne Zähne in asymmetrischer Weise erstreckt. Es gibt sogar Fälle, in welchen nur ein einziger Zahn afficirt ist. Es sind das Seltenheiten, welche man im Anfang übersah, welche aber durch ein eingehenderes Studium der Frage erhoben wurden. Nachdem wir diese allgemeinen Punkte festgestellt haben, wollen wir jetzt auf die genauere Beschreibung eingehen.

XVII.

Erosion der Zähne.

Es geschieht zuweilen, dass in der Charakteristik einer Krankheit ein Symptom oder eine Laesion die Aufmerksamkeit zu ihrem Vortheil auf sich zieht, während andere Symptome oder andere Laesionen, welche in Bezug auf ihre Wichtigkeit und auf ihr Interesse, in nichts zurückstehen, welche in Bezug auf die klinische Bedeutung sogar von grösserer Wichtigkeit sind als wie das andere Symptom, übersehen werden. So ist es auch in der uns jetzt beschäftigenden Frage.

Die Erosion der Zähne, welche nur ein Theil eines Ganzen ist, hat das ganze Interesse auf sich gezogen und scheint es ganz und gar auszufüllen. Wenn man liest, was über diese Frage geschrieben wurde, wenn man hört, was unsere Fachgenossen darüber sagen, so würde man

wirklich glauben, dass die ganze Syphilis der Zähne nur in der Erosion derselben bestünde. Es ist das ein schwerer Irrthum, gegen welchen es nothwendig ist anzukämpfen.

Was man die Erosion des Zahnes nennt, ist nichts anderes als eine Erscheinung in einem ganzen Ensemble von Erscheinungen, es ist das eine Art, aber es ist nichts anderes als eine der Arten, durch welche sich der Einfluss der hereditären Syphilis auf die Zähne äussert. Und vielleicht ist es nicht einmal die wichtigste, die bedeutungsvollste von dem Gesichtspunkte aus, welcher uns besonders interessirt. Für alle Fälle ist es nicht die einzige Erscheinung, welche man in Bezug auf die Diagnose zu Rathe ziehen und welche man einem genaueren Studium unterziehen muss. Auf jeden Fall ist es nicht die einzige, welche man für die Diagnose, deren Studium wir verfolgen, zu Rathe ziehen könnte.

Nachdem dies gesagt wurde, sehen wir, was es mit dieser Zahnerosion für eine Bewandtniss hat, welche in der letzten Zeit soviel von sich sprechen machte und welche eine so lebhafte Discussion, sowohl in England als später auf verschiedenen wissenschaftlichen Congressen und in aller jüngster Zeit noch in den Zeitungen unseres Vaterlandes hervorrief. Unter der unrichtigen leider gebräuchlichen Bezeichnung der Zahnerosion versteht man verschiedene Missbildungen der Zähne, welche sich im Verlaufe des intrafoliculären Lebens des Zahnes entwickeln und welche sich durch eine specielle Erkrankung der Zahnkrone zu erkennen geben, welche abgebraucht, ausgenagt, ausgebohrt, wurmstichig auf einer bestimmten Strecke ihrer Oberfläche erscheint. Die Zahnerosion ist mit einem Wort eine Art von sichtbarer Abnützung des Zahnes. Man würde sagen, wenn man einen derartig afficirten Zahn ansieht, dass derselbe eingeschnitten oder durch ein Werkzeug mechanisch abgenutzt wurde. Ein solcher Zahn erinnert an den Anblick eines beschädigten Holzes oder eines durch eine Säure angeätzten Marmors und das ist gerade dieser Anschein, welcher den Ausdruck Erosion sprachüblich gemacht hat. Vor allem müssen Sie hier, meine Herren, davon überzeugt sein, dass die Affection, von der wir sprechen, in keiner Beziehung eine Erosion im gewöhnlichen Sinne des Wortes ist. Wer Erosion sagt, sagt Kerbe, Schramme, Abnutzung einer Oberfläche, von welcher man implicite annimmt, dass sie vorher normal war, von welcher man annimmt, dass sie gesund entstanden ist. Nun wohl, das, was man Zahnerosion nennt, hat nichts mit einem Zahne zu thun, welcher normal gebildet und normal zu Stande kam und später eine erosive Schramme in Folge einer Krankheitseinwirkung erlitt. Weit entfernt davon! Die Zahnerosion ist das Resultat einer fehlerhaften Bildung des Zahnes, die Consequenz und der Ausdruck eines zeitlichen Stillstandes in der Zahnentwicklung. Der erodirte Zahn hat sich ursprünglich in dieser Form gebildet „ab ovo“. Er ist nie anders gewesen. Von Anfang an, bevor er noch vor das Zahnfleisch hervortrat, war er so wie wir ihn jetzt sehen, 10, 20 oder 30 Jahre später u. zw. früher, wohl verstanden, vor den späteren Modificationen, welche die Zeit und die functionelle Arbeit ihm eindrücken konnten.

Der Substanzverlust, den wir an einem solchen Zahn feststellen, ist also ganz genau gesprochen kein Substanzverlust, denn man kann ja nicht verlieren, was man nie gehabt hat, sondern es ist nicht gebildet

worden. Die Zahnsubstanz hat sich dort nicht gebildet, wo wir sagen, dass sie thatsächlich fehlt. Der Antheil des Zahnschmelzes und der Zahnsubstanz, welche den leeren Raum, der durch die Erosion entstand, ausfüllen sollten, haben sich nicht gebildet. Und wenn das fehlt, so fehlt es, es sei noch einmal gesagt, nicht weil es zerstört wurde, sondern weil es niemals existirt hat. Das ist die ursprüngliche Idee, welche man sich von der Erosion machen muss, um nicht — ein Irrthum, der oft gemacht wird — zu verwechseln, was der Erosion angehört mit dem, was das Resultat eines differenten pathologischen Processes sein kann.

Gehen wir nun auf die besonderen Eigenthümlichkeiten der Zahnerrosion ein Dieselbe bietet vom klinischen Standpunkte aus ein verschiedenes Aussehen. Man würde eine unbeschränkte Anzahl von Verschiedenheiten in dieser Beziehung aufstellen können, wenn man sich über jede einzelne Nuance Rechenschaft geben würde. So zahlreich nun die verschiedenen vorkommenden Formen sind, so lassen sie sich doch auf eine bestimmte Anzahl von Grundtypen zurückführen, welchen sich die Varietäten 2. Ranges unterordnen lassen. Wenn wir auf diese Weise die Sache vereinfachen, so wird die Darstellung leichter werden. Zunächst können die verschiedenen Formen der Zahnerosion in 2 natürliche Gruppen gebracht werden, je nachdem ob sie den Körper des Zahnes selbst oder sein Ende, seine Spitze betreffen.

Fangen wir mit denen der ersten Gruppe an:

I. Erste Gruppe, Errosionen den Zahnkörper betreffend.

Hier lassen sich mehrere Typen unterscheiden. Wir müssen hier wenigstens 4 anführen.

1. Die napfförmige Erosion;
2. die Erosion in Facetten;
3. die furchenförmige Erosion und
4. die flächenförmige Erosion.

Ich brauche es wohl nicht erst zu sagen, dass ich mich darauf beschränken werde, nur dasjenige zu sagen, was unseren Gegenstand betrifft, denn ich beschäftige mich hier nur mit Odontologie, welche auf die Syphilis angewendet wird oder noch exclusiver mit der Odontologie, welche auf die specifische Diagnostik angewendet wird, welche wir hier im Auge haben.

1. Napfförmige Erosion:

Diese Varietät, welche die einfachste und die am häufigsten vorkommende von allen ist, besteht in Folgendem: Kleine Aushöhlungen oder Näpfchen sind an der Oberfläche der Krone in die Substanz des Zahnes ausgehöhlt. Diese Näpfchen sind in Bezug auf ihre Ausdehnung und Tiefe sehr verschieden. Um nur von den besonders hervorragenden Typen zu sprechen, zwischen welchen es alle möglichen Zwischenstufen gibt, findet man bald ganz kleine, punktförmige Näpfchen, welche einer leichten Depression vergleichbar sind, die z. B. der Eindruck eines Stecknadelstiches auf weichem Wachs zurücklassen würde (punktförmige Erosion); — bald sind sie gleichzeitig grösser und tiefer und bilden eine wirkliche Excavation, welche wohl abgerundet und concav in der Form ist und eine becherförmige Vertiefung bildet. Sie sind dann analog dem Eindruck eines Stecknadelkopfes in Wachs. Diese näpfchenförmigen Erosionen sind sehr leicht zu erkennen. Sie drängen sich dem Beobachter durch ein zweifaches Charakteristicon auf:

1. Durch die Unregelmässsigkeit ihrer Oberfläche; es sind das Laesionen, welche Aushöhlungen hervorrufen, die für das Auge sehr auffallend sind.

2. Liefert die Farbe ein Charakteristicon.

Mit Ausnahme der Jugendzeit, in der sie noch weiss sind, sticht ihre Farbe von der normalen des Zahnes durch eine dünklere, schwarzgraue, bisweilen bräunliche, ja sogar schwarze Farbe ab. Wenn man mit Aufmerksamkeit diese Laesion betrachtet, oder besser noch, wenn man in die Lage kommt, einen so afficirten Zahn einer anatomischen Untersuchung zu unterziehen, so erkennt man, dass diese Laesion bedingt wird durch eine mehr oder weniger tiefe Schramme in der Zahnsubstanz. Wenn die näpfchenförmige Vertiefung oberflächlich ist, so ist ihr Grund noch von einer Schichte Email von gewisser Dicke überzogen. Wenn sie aber tiefer hineingreift, so fehlt der Zahnschmelz vollständig und der Grund der Aushöhlung ist in die Zahnsubstanz selbst hineingegraben.

Die napfförmige Erosion ergreift alle Zahngattungen, aber dieselbe findet sich am häufigsten an den Schneidezähnen, namentlich an den oberen mittleren Schneidezähnen. Was ihre Zahl anlangt, so kann dieselbe eine verschiedene sein. An einem Zahn z. B. kann man zuweilen eine, mitunter aber auch mehrere finden. Sinn mehrere vorhanden, so können sie ohne jedwede bestimmte Anordnung zerstreut sein oder — etwas, was ziemlich häufig vorkommt, — in einer horizontalen Linie angereiht sein; man hat auch — aber das ist viel seltener — gesehen, dass sie zwei horizontale Linien bilden, welche in der Distanz von 1—2 *mm* übereinander liegen.

2. Facettenförmige Erosion: Diese Varietät kommt seltener vor und ist weniger bekannt. Sie kann sich ebenso wie die frühere an verschiedenen Arten von Zähnen finden, aber besonders betrifft sie die Schneidezähne. Ein Vergleich wird Ihnen gleich ihren Charakter klarer machen.

Nehmen Sie an, man hätte mit einer flachen Feile und an mehreren Stellen die vordere Fläche eines Schneidezahnes bearbeitet; diese Oberfläche würde, statt ihre normale Form zu zeigen, eine Reihe von kleinen Plateaus bilden, das, was man Facette nennt. Dies ist annähernd der Anblick, den die in Rede stehende Zahnmissbildung bietet. Die facettenförmig erodirten Zähne zeigen sich also mit Unregelmässigkeiten der Oberfläche, welche Oberfläche mit einer Feile bearbeitet oder flach eingeschnitten zu sein scheint. Zuweilen würde man noch sagen, dass sie stellenweise wie schuppenförmig erscheint, als wie wenn sich davon einzelne oder mehrere kleine Splitterchen abgelöst hätten. Bei dem ersten Anblick kann diese Laesion übersehen werden. Man versteht daher, warum sie bisher so selten geschildert wurde. Man sieht sie dann gut, wenn man mit Hilfe der Lupe untersucht und besonders, wenn man noch die Sorgfalt übt, den Zahn abzuwischen. Ohne diese letztere Vorsicht bewirkt der Glanz des feuchten Emails, dass diese Unregelmässigkeiten der Zahnoberfläche übersehen werden.

3. Die furchenförmige Erosion. (Diese Varietät wurde von Parrot die furchenförmige Zahnatrophie genannt.)

Diese viel häufiger vorkommende Erosion besteht in einer linearen Excavation, welche in der Zahnkrone in der Form einer transversalen Streifung ausgehöhlt ist; oder einfacher: der streifenförmig erodirte

Zahn ist ein Zahn, welcher eine in seine Substanz eingeschnittene horizontale Furche zeigt, es ist ein transversal gestreifter Zahn. Diese Furche ist bald eine fortlaufende, in welchem Falle sie um den ganzen Zahn wie ein Ring herumgeht; bald ist die Furche unterbrochen, d. h. aus Segmenten gebildet, aus Bruchstücken, welche gesunde Partien trennen. Diese Furche kann auch durch eine feinpunktirte Linie gebildet werden. Was noch wichtig zu specificiren ist, das ist, dass sich diese streifenförmige Veränderung des Zahnes unter zwei verschiedenen Formen darbietet. Die erste Form ist linear und oberflächlich, d. h. sie wird einfach durch einen Streifen, welcher in dem Zahn gezogen ist, gebildet. Dieser Streifen ist ähnlich dem Strich, welchen die Feder auf dem Papier zurücklässt oder noch genauer, der Streifung, welche die Spitze des Federmessers auf einem Stück Holz zurücklässt. Das Auge erkennt diese Streifung, ohne dabei die Empfindung einer Depression zu haben. Wenn man aber den Finger über den Zahn führt, so bemerkt er eine leichte Furchung unter der Form eines transversalen Einschnittes. Fig. 5 und 5_2.

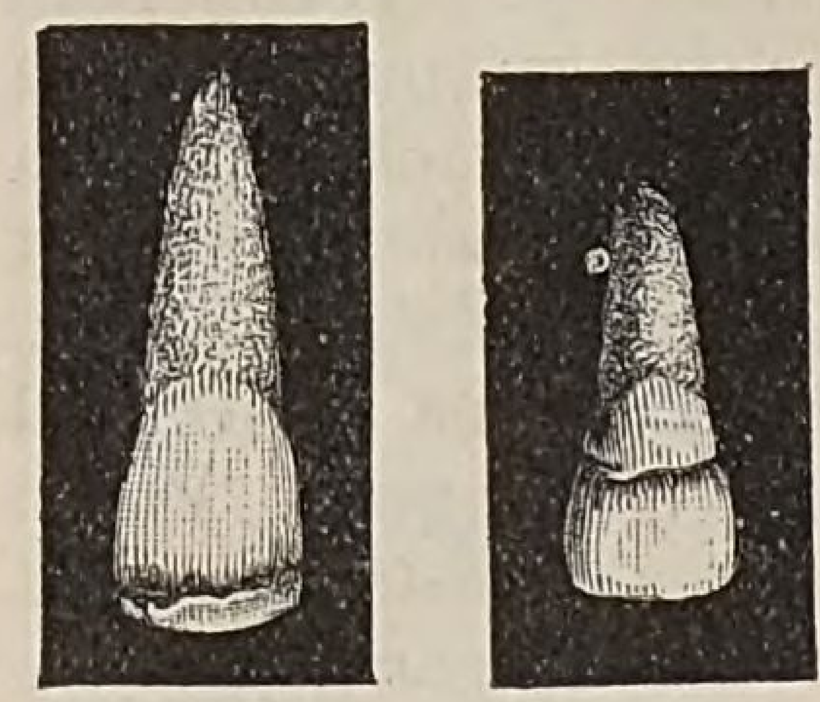


Fig. 5. Fig. 5_2.
Furchenförmige Zahnerosion.

Bei der zweiten Form hat man es mit einer wirklichen Rinnenbildung zu thun, welche gleichzeitig tiefer und breiter ist als die früher erwähnte lineare Streifung; — tiefer, d. h. sie bildet eine wirkliche Kerbung der Zahnsubstanz; breiter, d. h. nicht mehr beschränkt auf die Dimension eines Federstriches, sondern sie betrifft die Zahnfläche in einer verticalen Höhe beiläufig eines halben oder eines ganzen Millimeters. Man würde also sagen, dass der Zahn im Niveau dieser Rinne ausgefeilt, ausgekratzt, durch ein Instrument ausgeschabt oder durch eine Säure angeätzt wurde. Das Emaillager fehlt theilweise an dieser Stelle, und es kann geschehen, dass die vollständige entblösste Zahnsubstanz den Grund der Furche bildet. [1])

Von diesen beiden Formen ist die erste wenig sichtbar oder wird nur bei einer sehr aufmerksamen Untersuchung der Zähne bemerkt. Die zweite im Gegentheile bildet eine störende Hässlichkeit, welche den Beobachter schon beim ersten Anblick frappirt und zwar deshalb, weil die ausgehöhlte Furche am Zahn alsbald eine dunklere, grauliche, schwarzgraue Farbe annimmt, welche mit der weisslichen Farbe der benachbarten Oberfläche contrastirt und also den Blick darauf lenkt. Im Uebrigen, zu welcher dieser Varietäten die auch immer streifenförmige Erosion gehört, so hat sie doch immer einen unveränderlichen Charakter, nämlich eine streng transversale Richtung. Die Richtung ist immer eine horizontale. Es ist das eine Eigenthümlichkeit, hinter deren Geheimniss wir, sobald wir die Pathogenese dieser Laesion studiren, bald kommen werden. Gewöhnlich ist das, was man die Zahnerosion nennt, durch einen einzigen Streifen gebildet, welcher ein oder den anderen Charakter, wie ich ihn geschildert habe, darbietet. Fig. 6 und 6_2.

[1]) Es ist noch zu erwähnen, dass am Rande dieser Furche das Email bisweilen eine leichte Erhabenheit in der Form eines Saumes bildet. Dieses Hervortreten des Emails macht die Tiefe der Furche noch beträchtlicher.

Aber es gibt andere Fälle, in welchen man anstatt eines einzigen Streifens 2, 3 Streifen an ein und demselben Zahne beobachtet. Diese multiplen Furchen nehmen denjenigen Theil der Krone ein, welcher am nächsten dem freien Rande des Zahnes ist. Sie liegen horizontal übereinander in Form von parallelen Linien, und sie sind die eine von der anderen durch einen Streifen, Email, welcher zwischen ihnen einen leichten Saum bildet, getrennt. Zähnen, welche auf diese Weise erkrankt sind, hat man schon seit längeren Zeiten den Namen stufenförmige Zähne etc. gegeben. Es muss noch hinzugefügt werden, dass an so gebildeten Zähnen das freie Ende, welches die letzte Stufe bildet, in der Regel schmächtiger wird, theilweise oder ganz des Emailes beraubt ist, runzelhaft, unregelmässig und bräunlich erscheint. Er reibt sich, spaltet sich und nützt sich sehr rasch ab, so dass spätestens im reifen Mannesalter der Zahn verkürzt und seines freien Endes beraubt erscheint, als wie wenn man ihn horizontal abgefeilt hätte. Diese verschiedenen Varietäten der Zahnerosion in Streifenform können alle 3 Gattungen der Zähne betreffen, aber sie sind am häufigsten an den Schneidezähnen.

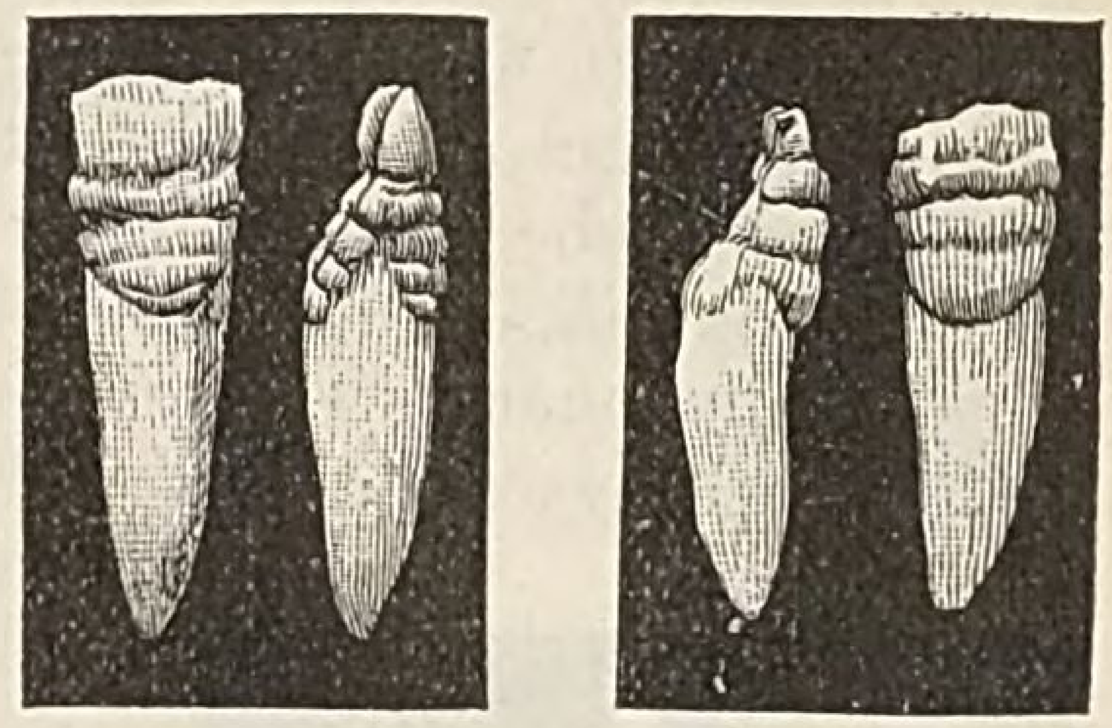


Fig. 6 Fig. 6_2
Zähne mit multiplen Furchen (Stufenförmige Zähne).

4. Flächenförmige Erosion. Dieser letztere Typus ist rar, kommt sogar nur ausnahmsweise vor und ist die Uebertreibung der bis jetzt erwähnten Formen. Stellen Sie sich vor, dass eine der früher besprochenen Erosionen in allen Dimensionen beträchtlich wird, erweitert wird und eine grosse Fläche der Krone bedeckt, so werden Sie den in Rede stehenden Typus haben. Ein derartig ergriffener Zahn ist in seinem Aussehen vollständig verändert. Er zeigt eine grosse, ungleichmässige, runzelige, abwechselnd mit Vorsprüngen und Aushöhlungen versehene Fläche, welche in ihrer Färbung dunkel ist, ein schmutziges Gelb oder ein schwärzliches Grau zeigt. Uebertreiben Sie jetzt noch dieses pathologische Ensemble in doppelter Weise, in Bezug auf die Ausdehnung und Intensität der Erkrankung, nehmen Sie an, dass es verallgemeinert ist, d. h. dass es die ganze Zahnfläche betrifft, und Sie werden dann den monströsen Typus eines vollständig desorganisirten Zahnes realisirt haben, welcher unkennbar wurde, der nichts mehr von dem Anblick eines Zahnes hat, sondern nur mehr einen unförmigen Stumpf darstellt. Es ist das, was man seit Toms mit dem Namen eines Honigwabenzahnes bezeichnet, zweifelsohne wegen der zahlreichen Aushöhlungen, welche diese difformen Zähne haben, und welche man mit den Alveolen einer Honigwabe verglichen hat.

II. Zweite Gruppe: Erosionen, welche die Kaufläche betreffen. Die Verbildungen, welche diese Gruppe zusammensetzen, liefern einen verschiedenen Anblick, je nach der Art des Zahnes, den sie betreffen. Wir werden sie daher an den Mahlzähnen, an den Eckzähnen und an den Schneidezähnen gesondert betrachten müssen.

I. Wir beginnen mit den Mahlzähnen: Ein Punkt muss zunächst besonders specificirt werden. Es gibt nur einen einzigen Mahlzahn, welcher dem Einfluss der hereditären Syphilis unterliegt, das ist der

erste grosse Mahlzahn. Diese Verbildung besteht in einer wirklichen Atrophie der Zahnkrone (Spitzenatrophie von Parrot). Der Körper des Zahnes ist in Zweidrittel oder Dreiviertel seiner Höhe normal gebildet, aber sein oberes Segment ist im Gegentheil in allen Durchmessern vermindert, wie atrophirt, wie ausgenagt.

Noch mehr. Es scheint dieser Theil des Zahnes durch eine circuläre Rinne von dem unteren Segmente abgetrennt, es scheint das obere Segment wie in das untere hineingesteckt, so dass man bei dem ersten Anblick sagen würde, es stehe ein kleinerer aus einem grösseren Zahn heraus, oder es rage ein Zahnbeinstumpf aus einer normalen Krone heraus. (Magitot.)

Wenn man die Sache genauer untersucht, so sieht man, dass die Kaufläche dieses Zahnes vollständig verändert ist. Anstatt glatt, einheitlich, zierlich in eine Reihe von Höckerchen oder Spitzen getheilt zu sein, welche wellenförmige Streifen theilen, ist sie vollständig unregelmässig, von Stacheln, von runzeligen Erhabenheiten, konisch, spitz oder körnig, (Siehe Fig. 7 u. 7_2.) ausgehöhlt durch seichtere oder tiefere Höhlungen, von denen einzelne bis in das Dentin eindringen, den Anblick einer Zertrümmerung darbietend. Unter anderem hat die Oberfläche statt einer Perlmutterfarbe, statt des Milchweisses, welches dem normalen Zahne eigenthümlich ist, eine gelbliche, bräunliche, schmutzige Färbung.




Fig. 7 Fig. 7_2
Spitzen-Atrophie.

So sieht die Laesion bei jugendlichen Individuen aus, so sieht man sie in der Kindheit. Bald ändert sie sich aber, und mit den Jahren erleidet sie eine vollständige Wandlung. Unter dem Einfluss der Reibung und des Kauens beginnt der obere Stumpf des Zahnes, welcher fehlerhaft gebildet ist und theilweise seines Emails beraubt wurde, sich abzunutzen, sich abzusplittern, abzubröckeln und wird in Parcellen zerstört; endlich verschwindet er; es bleibt dann ein in doppelter Beziehung bemerkenswerther Zahn.

1. Derselbe ist nämlich wesentlich verkürzt, verkürzt um das, was er verloren hat;

2. Er endet mit einer absolut flachen Oberfläche, mit einem wirklichen Plateau mit gelbem Centrum und peripherem weissem Emailsaum.

Merken Sie sich, meine Herren, diese Schilderung genau; denn der kurze Zahn mit glatter, plateauförmiger Kaufläche, von dem ich jetzt gesprochen habe, besitzt für uns keine grosse diagnostische Bedeutung.

II. An den Eckzähnen tritt am freien Rande die Erosion in zwei verschiedenen Formen auf.

1. Es findet sich eine einfache Bresche an der Spitze in der Form eines „V“, vergleichbar mit den Einschnitten, welche an einem Holzstücke zwei convergirende Messerschnitte machen.

2. Oder wir finden eine wirkliche Atrophie des freien Endes des Zahnes, welches einen beträchtlichen runden Ausschnitt erleidet und auf einen kleinen, konischen Stumpf reducirt wird. Man hat ein kleines, gekörntes Köpfchen, welches in den Zahnkörper eingefügt erscheint, „wie in eine cylindrische Zwinge hineingetrieben“ (Parrot). Diese zweite Varietät kommt viel häufiger vor.

III. An den Schneidezähnen sind die Varietäten viel zahlreicher. Man muss wenigstens 5 unterscheiden. Das ist viel, meine Herren; aber beruhigen Sie sich, diese Varietäten sind sehr einfach und für die grössere Zahl derselben werden wenige Worte genügen, um sie zu charakterisiren.

1. Die Erste wird gebildet durch eine winkelige Bresche, welche identisch ist mit derjenigen, welche ich oben für den Eckzahn beschrieb. Es ist das ein mehr oder weniger unregelmässiger Einschnitt, welcher den freien Rand des Zahnes betrifft.



Fig. 8. Atrophie mit conisch zugespitzten Höckern.

2. Eine Zweite besteht in der Zähnelung des freien Randes, welcher sich in einer Reihe kleiner, spitziger Vorsprünge erhebt, von denen die einen von den andern durch eine entsprechende Anzahl von Furchen getrennt sind. Es ist das, was man einen sägeförmigen Zahn nennt.

3. Die dritte Art ist charakterisirt durch eine atrophische Verschmelzung des freien Randes, welcher mit einer Abplattung von vorne nach hinten einhergeht. Stellen Sie sich vor, dass ein aus Wachs gebildeter Zahn zusammengedrückt und an seinem freien Ende mit einer Zange abgeflacht wird, und Sie werden die genaue Vorstellung von der in Rede stehenden Varietät haben. Die Spitze eines so ergriffenen Zahnes erscheint in ihrer Dicke vermindert, verdünnt, abgeflacht von vorne nach



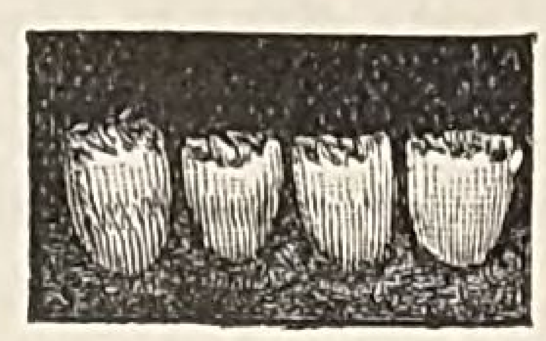
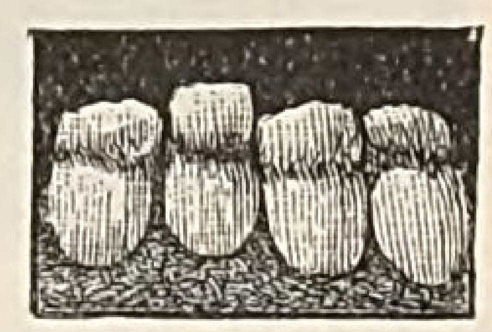




Fig. 9 Fig. 9_2
Atrophie der Spitze der Eckzähne.

Fig. 10 Fig. 10_2 Fig. 10_3
Atrophie der freien Ränder der Schneidezähne.

hinten, oft erscheint der Zahn wie zu einer einfachen Lamelle zusammengedrückt. Er ist gleichzeitig ungleich, unregelmässig, runzelig, mit transversalen und verticalen Streifungen bedeckt. Ausserdem ist seine Farbe verändert, gelb oder grau, bisweilen an einzelnen Punkten schwärzlich. In manchen Fällen wird die Verdünnung der Spitze eine ganz ausserordentliche. In einer Beobachtung von M. Lailler war der freie Rand eines Schneidezahnes in einer Höhe von 2 *mm* auf eine Lamelle von ganz ausserordentlicher Dünne reducirt.

Man braucht wohl nicht erst zu sagen, dass ein jeder auf diese Weise angegriffene Zahn wenig widerstandsfähig ist, sich sehr leicht abnutzt und sehr leicht bricht. Zuweilen ist das Aussehen dieser Laesion modificirt. Die Spitze des Zahnes ist nicht nur verdünnt, sie ist auch noch unregelmässig und „gefaltet“ und von verticalen Streifen durchzogen.

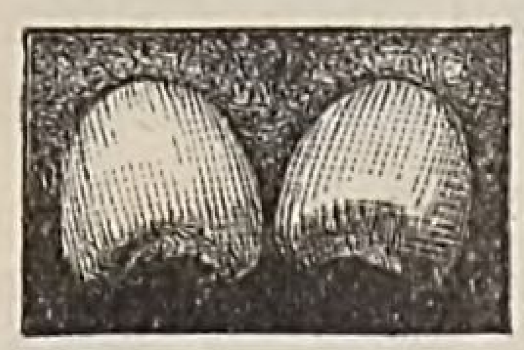
An einer Kranken, welche ich jüngst beobachtete, waren die beiden oberen Schneidezähne an ihrer Spitze wie in Falten gelegt, verdünnt an ihren schneidenden Rändern, brüchig und in der halben Höhe durch eine ziemlich tiefe Furche getheilt.

4. Eine vierte Form zeigt die allgemeine Atrophie der Spitze, welche ich Ihnen schon bei den Mahl- und Eckzähnen geschildert habe. Der Zahn hat dann eine normale Basis, erscheint aber einige *mm* vor seiner Spitze durch eine circuläre Furche wie plötzlich abgeschnürt, aus der

ein kleiner Stumpf, welcher runzelig, unförmig ist, hervorragt und der eine sehr abgenutzte Oberfläche von schmutziggrauer oder schmutziggelber Farbe zeigt.

5. Endlich kommen wir zu einer ganz besonderen Form, von der schon seit Jahren oft die Rede ist. Ich will von der Erosion, die einen halbmondförmigen Ausschnitt darstellt, sprechen. Es ist das, was man am häufigsten den Hutchinson'schen Zahn nennt, eine ganz legitime Bezeichnung, weil es Hutchinson ist, dem das Verdienst gebührt, zuerst auf diese Verbildung der Zähne aufmerksam gemacht und auf ihre pathologische Bedeutung hingewiesen zu haben. Hier wird eine längere Beschreibung wegen der Wichtigkeit des Gegenstandes nothwendig sein.

Die unter dem Namen des Hutchinson'schen Zahnes beschriebene Veränderung besteht in einem hauptsächlichen Charakteristicum, dem sich noch verschiedene Attribute secundärer Art zugesellen. Die Haupteigenthümlichkeit dieser Veränderung besteht in einer halbmondförmigen Kerbe des freien Zahnrandes. Dieselbe ist in der Regel sehr ausgesprochen, wenigstens bei der typischen Form. Sie nimmt den freien Rand des Zahnes ein und beschreibt eine gekrümmte Linie, welche regelmässig und fast bogenförmig ist; die Convexität derselben steht gegen den Zahnhals. Auf die Weise hat der Zahnrand die Gestalt eines Halbmondes.


Fig. 11 Hutchinson'sche Zähne.

Hier sehen Sie ein schönes Beispiel dieser Art an den mittleren oberen Schneidezähnen, (Fig. 11) welche der Lieblingssitz dieser Veränderung sind. Durch nichts als durch ihre Form und ihren Sitz erscheint diese halbmondförmige Kerbe als eine specielle Laesion, welche ihre eigene Individualität hat. Es gibt keine andere Zahnlaesion, welche ihr gleichgesetzt werden könnte. Desgleichen haben sie vom rein klinischen Standpunkt aus eine eigenthümliche Physiognomie, welche die Gefahr eines jeden Irrthums ausschliesst Sie kündigt sich auf den ersten Blick an, es ist unmöglich, sie zu verkennen, es ist unmöglich, sie ernstlich in Parallele mit irgend einer anderen Verletzung der Zähne zu bringen. Das was objectiv ihr noch am nächsten kommt, ist die Zahnusur, welche durch das Mundstück der Pfeife veranlasst wird. Auch diese hat eine halbmondförmige Form.

Aber was für zahlreiche differentielle Momente gibt es zwischen diesen beiden Laesionen! Nur um von dem Sitze allein zu sprechen, so findet sich die Abreibung des Zahnes, welche von der Pfeife herrührt, im Interstitium der beiden Zähne, nicht an einem Zahne allein. Man findet sie niemals an den beiden mittleren Schneidezähnen aus dem guten Grunde, weil man die Pfeife auf der Seite und nicht in der Mitte hält. Sie ist niemals so regelmässig wie die Hutchinson'sche Kerbe, welche das Centrum ihrer Krümmung fast mathematisch in der Achse des Zahnes hat etc. Der zufällige Bruch eines Zahnes wird wohl nicht mit der Hutchinson'schen Erkrankung verwechselt werden. Denn ein Bruch fällt immer unregelmässig aus und hat niemals eine vollständig halbmondförmige Begrenzung. Die halbmondförmige Kerbe, sagte ich Ihnen, ist das wesentliche Attribut des Hutchinson'schen Zahnes. Aber es ist nicht das einzige. Wenn die Kerbe die mittleren Schneidezähne betrifft (es ist das der einzige Sitz, den ich für den Augenblick ins Auge fasse) so gesellen sich dazu folgende Eigenthümlichkeiten, welche aber in verschiedenem Grade die Aufmerksamkeit verdienen:

1. Die Zahnkerbe ist fast immer auf Kosten ihres vorderen Randes schräg abgeschliffen. Mit anderen Worten, der vordere Rand des halbmondförmigen Bogens ist schief eingeschnitten von oben nach unten und von vorne nach hinten als wie wenn ein Span von diesem Rande durch ein schneidendes Instrument losgelöst worden wäre. Es ist das anscheinend ein kleines Detail, aber in Wirklichkeit besitzt es eine grosse Wichtigkeit und wir werden später sehen, welches specielle Interesse sich an dasselbe knüpft.

2. Der Zahn von Hutchinson fällt sehr häufig durch seine abgerundeten Winkel auf. Im normalen Zustande bilden die seitlichen Ränder eines jeden mittleren oberen Schneidezahnes mit ihrem unteren Rande einen ausgesprochenen Winkel. Hier im Gegentheile ist kein Winkel vorhanden. Die seitlichen Ränder vereinigen sich mit den unteren durch eine gekrümmte, abrundende Linie.

3. In der Regel hat der Hutchinson'sche Zahn einen wesentlich verkürzten verticalen Durchmesser. Dieser Charakter des kurzen Zahnes ist bei einzelnen Individuen sehr in die Augen springend.

4. Zuweilen ist es ein sehr schmaler Zahn mit einem wesentlich hinter der Norm zurückbleibenden Querdurchmesser.

Sie wissen, dass im gesunden Zustande die mittleren oberen Schneidezähne sich von den seitlichen durch ein wesentliches Ueberwiegen ihres Querdurchmessers auszeichnen. Nun am Hutchinson'schen Zahn kommt es zuweilen vor, dass die mittleren Schneidezähne nicht breiter sind als die seitlichen, d. h. dass sie verschmälert sind und dadurch erhält man einen nicht entschieden hässlichen, aber ungewohnten und fremden Anblick.

5. Es ist nicht selten und darauf haben die englischen Autoren sehr häufig aufmerksam gemacht, dass der Hutchinson'sche Zahn mit Vorliebe die Form eines Schraubenziehers annimmt, d. h. die folgenden zwei Eigenthümlichkeiten darbietet.

1. Er ist verdickt und breit an seinem Halse (Fig. 12) und
2. verschmälert an seinem freien Ende.



Fig. 12
Schraubenzieherförmiger Hutchinson'scher Zahn.

Diese Bildung, (welche gerade das Gegentheil der physiologischen Anordnung ist,) erinnert lebhaft an die Form eines Schraubenziehers.

6. Die oberen mittleren Schneidezähne, welche durch die Hutchinson'sche Kerbe angegriffen sind, weichen häufig in Folge einer fehlerhaften Anfügung von ihrer Richtung ab. Anstatt dass ihre verticale Achsen parallel gestellt sind, sind sie leicht nach innen geneigt, so dass eine gegen die andere convergirt.

Das was ich Ihnen bis jetzt beschrieben habe, ist der complete Typus, ich möchte sagen, der ausgesprochene Typus des Hutchinson'schen Zahnes. Es ist das, was man in einer bestimmten Lebensperiode beobachtet, in einer Periode, welche günstig ist zur Feststellung der verschiedenen Eigenthümlichkeiten, welche ich früher beschrieben habe, und diese Periode ist die des Jünglingsalters.

Aber dieser Typus, den ich Ihnen beschrieben habe, ist weder der einzige noch ist derselbe unveränderlich. Man findet in demselben verschiedene graduelle Differenzen, d. h. der Typus ist je nach dem Falle mehr oder weniger ausgesprochen. Ausserdem bietet er Verschiedenheiten in Bezug auf verschiedene Altersstufen und dies ist von grosser Wichtigkeit, wie Sie gleich sehen werden.

An erster Stelle tritt der Hutchinson'sche Zahn nicht mit der ausgebildeten Kerbe, wie ich sie vorhin beschrieben habe, hervor. Bei der Entstehung des Zahnes ist keine Kerbe vorhanden, sondern die spätere concave Partie ist, wenn sie nicht ganz ausgefüllt ist, wenigstens zum Theil durch kleine atrophische Vegetationen des Zahnsteines ausgefüllt. Der Bogen der Kerbe ist mit den erwähnten Productionen in der Form spitzer Sprösschen, von Spitzen, welche eine Art feiner Zahnung bilden bedeckt. Bisweilen findet sich ein beträchtlicher Fortsatz in der Form eines stumpfen Kegels an der Höhe der Krümmung. (Fig. 13) Es sind dies nichts als Ueberreste des atrophischen Processes, welchen der Zahn zur Zeit seiner Bildung erlitt. Seines Emailes beraubt, nicht widerstandsfähig, leicht zerreibbar, reibt er sich ab, splittert und nutzt sich ab; im Ganzen gehen sie sehr rasch zu Grunde u. zw. so, dass sie nach einigen Jahren vollständig verschwinden, indem sie an ihrer Stelle nichts zurücklassen als die entleerte halbmondförmige Kerbe, welche sie schon kennen.



Fig. 13
Hutchinson'scher Zahn nach seinem Durchbruch.

Ein zweiter Punkt und dieser hat ein grosses praktisches Interesse, ist der folgende: Der Hutchinson'sche Zahn (Fig. 14) verändert seine Form vom Jünglingsalter ab und endlich verliert er die charakteristische Kerbe gänzlich. Unter dem Einfluss der functionellen Abnützung vermindert sich der Bogen des freien Randes nach und nach in seiner Höhe. Man könnte sagen ein Gewölbe, welches einsinkt. Es kommt ein Moment, in welchem die Krümmung dieser Wölbung kaum mehr wahrnehmbar ist. Der Bogen scheint eingesunken zu sein. Endlich schwindet jede Spur der Kerbe und der Rand bekommt eine fast gerade Richtung. Wollen wir genau sein, so können wir sagen: Im Alter von 22 Jahren ist die bogenförmige Kerbe wesentlich abgeschwächt, mit 25 Jahren ist der freie Zahnrand fast, geradlinig geworden. Aber um diese Zeit besteht noch wenigstens für einige Zeit ein eigenthümliches Zeichen, welches die Laesion erkennen lässt; es ist das der abgeschliffene vordere Rand der Kerbe. Erinnern sie sich daran, dass die Hutchinson'sche Kerbe von oben nach unten und von vorne nach hinten auf Kosten des vorderen Randes eingeschnitten ist. Nun, diese schräge Fläche, welche dieKerbe krönt und den höchsten Punkt der Kerbe bildet, wird natürlich erst zuletzt durch die allgemeine Abnützung des Zahnes angegriffen, so dass sie noch ganz gut erkennbar zur Zeit, wenn schon die Kerbe verschwunden ist, existirt. Es bleibt also eine letzte Spur der Laesion übrig. Ein glücklicher Zufall gestattet mir, ihnen heute ein schönes Beispiel dieser Art zu zeigen. Die Kranke, welche auf Bett N. 18 im Saale Heinrich IV. liegt, wurde von syphilitischen Eltern gezeugt und wurde von verschiedenen Zufällen der hereditären Syphilis befallen. Sie hatte ganz bestimmt (und ihre Aussage ist in dieser Hinsicht eine genaue) ihre beiden mittleren oberen Schneidezähne stark gekerbt. Sie sagt aber, dass dies mit dem Alter verschwand und jetzt, wo sie 25 Jahre alt ist, zeigt sie nichts als wie eine leichte Spur dieser alten Anordnung unter der Form einer bogenförmigen schrägen Fläche, welche den freien Zahnrand einnimmt und welche in denselben auf Kosten der vorderen Kante eingeschnitten ist. (Siehe Fig. 14.)



Fig. 14
Abgenutzter Hutchinson'scher von einer Frau von 25 Jahren.

So sieht der Hutchinson'sche Zahn mit 25 Jahren aus. Ueber dieses Alter hinaus verschwindet auch die schräge Fläche. Dann ist nichts mehr von der ursprünglichen Missbildung übrig geblieben und wir haben nur einen kurzen Zahn vor uns, der keine besondere Bedeutung mehr hat.

Diese Veränderung ist eine so deutliche, dass man sagen kann, über das 30. Jahr hinaus gibt es keinen Hutchinson'schen Zahn mehr. Diese Missbildung der Zähne, von welcher ich bis jetzt gesprochen habe, ist nicht nur eine specielle durch ihre Gestaltung, sie ist es auch in einem äquivalenten Grade durch ihre habituelle Localisation; denn

1. kann man es fast als constant hinstellen, dass sie die beiden mittleren oberen Schneidezähne der 2. Zahnungsperiode befällt;

2. gehört es ebenfalls zur Regel, dass sie diese beiden Zähne in einer vollständig gleichen und symmetrischen Weise befällt;

3. ist es sehr häufig, dass sie die beiden Zähne allein befällt; d. h. als Regel ergibt sich, dass die Zahnkerbe sich an den beiden grossen Schneidezähnen findet, dass sie in dem einen so ist wie in dem anderen und dass die anderen Zähne an dieser Missbildung nicht theilnehmen, wenngleich sie gleichzeitig irgend eine andere durch die Syphilis bedingte Missbildung zeigen können. In dieser Beziehung ist es ganz eigenthümlich, dass man neben diesen gekerbten mittleren Schneidezähnen die seitlichen Zähne vollständig frei von jeder Kerbung findet. Aber nachdem wir das vorgebracht haben, was man die Regel nennen kann, müssen wir auch die Ausnahmen vorführen. Und eine jede dieser drei Eigenthümlichkeiten, welche ich früher erwähnte, hat ihre Ausnahmsfälle, und wir sind genöthigt im Gegensatz zu dem früher gesagten, das Folgende noch beizufügen:

1. Die Hutchinson'sche Kerbe beobachtet man nicht nur an den mittleren oberen Schneidezähnen der zweiten Zahnungsperiode. Man trifft sie auch an denselben Zähnen der ersten Zahnungsperiode und ein Beweis hiefür ist die schöne Abbildung von Parrot, die ich Ihnen schon gezeigt habe; sie findet sich auch in der zweiten Zahnungsperiode an anderen Zähnen, wie an den grossen Schneidezähnen, nämlich an den seitlichen Schneidezähnen, an den unteren Schneidezähnen und sehr selten an den Eckzähnen.

2. Sie kann in ungleichem Grade die beiden mittleren oberen Schneidezähne betreffen; — sie kann sogar nur einen einzigen betreffen, während der andere frei bleibt. Die Fälle sind selten, aber sie kommen bestimmt vor. Legros Clark, [1]) Hutchinson [2]), Moon [3]) haben solche Fälle angeführt. Ich selbst habe einen Fall gesehen, wo der eine grosse Schneidezahn ganz normal war, während der andere den completen Typus einer halbmondförmigen Kerbe darbietet. [4])

[1]) The medic. Times, t. I., p. 597, 1859.

[2]) The medic Times, t. I., p. 359, 1865. — Chinical lectures and rep. by the medic. and surg. staff of the London Hospital, vol. II., p. 1. 72, 1865.

[3]) The Monthly review of deut al surgery; traductdans le Progrèss dentaire 1877.

[4]) Jüngst habe ich einen 2. Fall dieser interessanten Anomalie gesehen. Ein 18 Jahre altes hereditärsyphilitisches Mädchen zeigte einerseits einen mittleren oberen Schneidezahn, welcher den reinsten Typus des Hutchinson'schen Zahnes darbot, während der andere mittlere obere Schneidezahn von jedweder Erkrankung frei und absolut normal gebildet war.

3. Mehrere Zähne der anderen Gattung können gleichzeitig mit den mittleren Schneidezähnen den Typus der halbmondförmigen Kerbe darbieten und davon kann ich Ihnen gleich ein Beispiel vorführen:

Einer unserer Kranken, der Sohn einer syphilitischen Mutter, ist mit specifischen Erscheinungen, welche congenitalen Ursprungs sind, behaftet. Er zeigt verschiedene Missbildungen der Zähne, unter anderem wohlausgesprochene Kerben an den oberen mittleren Schneidezähnen, an den beiden unteren mittleren Schneidezähnen und an einem Eckzahn. Desgleichen konnten Sie an einem 12-jährigen Mädchen, welches uns jüngst mein College und Freund Dr. Besnier zeigte, constatiren, dass sechs Zähne mit sehr schönen Hutchinson'schen Kerben versehen waren und zwar die beiden mittleren oberen Schneidezähne und die 4 unteren Schneidezähne.

XVIII.

Dies sind die Formen, welche man als Zahnerosion bezeichnet. Nachdem ich sie nun in ihren Einzelheiten beschrieben habe, muss ich noch beifügen, dass nicht jede einzelne Form für sich allein vorkommt, im Gegentheile häufig, sehr häufig sogar kommen die verschiedenen Formen nebeneinander vor, so dass man ziemlich häufig an ein und demselben Individuum Zahnerosionen der verschiedenen Arten constatiren kann. Hier Streifen, da Erhabenheiten oder Facetten, an anderen winklige Kerben oder spitzenförmige Atrophien. Es kommt sogar ziemlich häufig vor, dass an ein und demselben Zahn 2 oder 3 verschiedene Varietäten der Erosion vereinigt sind. Hier sehen sie verschiedene derartige Abbildungen, auf denen sie solche Zähne sehen, welche gleichzeitig schüsselförmige, furchenförmige Erosionen zeigen, dann Atrophien an dem freien Rande. Alle Variationen der Erosionen finden sich an diesen multiplen Combinationen. Nur die Hutchinson'sche Kerbe bildet fast regelmässig in dieser Beziehung eine Ausnahme, indem sie fast immer allein isolirt vorkommt. Uebrigens ist ja nichts erstaunliches an dieser Coexistenz der verschiedenen Formen der Zahnerosionen. Es sind ja nur Variationen ein und derselben Laesion. Sie können ja thatsächlich immer einen verschiedenen objectiven Befund liefern, in der That stammen sie aber alle von ein und demselben Krankheitsprocess her. Magitot hat dies schon sehr gut gesagt und erwiesen, dass die Erosion immer durch ein und dieselbe Ursache veranlasst wird und dass die verschiedenen Arten, unter denen sie vorkommen, nichts anderes sind, als die verschiedenen Erscheinungsformen ein und desselben pathologischen Processes.

XIX.

Die Zahnerosion ist uns jetzt als solche bekannt. Aber mehrere wesentliche Besonderheiten, ihre klinische Geschichte und Anatomie müssen wir noch genauer specificiren.

I. Wir müssen zuerst ein Wort über ihre gewöhnliche Localisation sagen. Wir erwähnten schon, dass sie die Zähne einer jeden Zahnungsperiode befallen kann. Aber man beobachtet sie viel häufiger an den bleibenden als an den Milchzähnen. Um nun von den bleiben-

den Zähnen zu sprechen, (diese sind es, welche uns für die specielle Diagnose, deren Elemente wir suchen, am häufigsten das Material liefern,) so finden sich an diesen die Zahnerosionen in folgender Häufigkeit:

1. An dem ersten großen Mahlzahn,
2. an den Schneidezähnen,
3. an den Eckzähnen.

Es erleidet keinen Widerspruch, dass es der erste grosse Mahlzahn ist und namentlich der des Unterkiefers, welchen wir am häufigsten durch die Erosion erkrankt finden. Man kann es als einen principiellen Lehrsatz hinstellen, dass, welche Zahngattung immer von der Erosion ergriffen sein mag, es eine Ausnahme ist, dass die ersten Mahlzähne intact bleiben. Und andererseits ist es nicht sehr selten, dass sie allein mit Ausschluss aller anderen Zähne angegriffen sind. Andererseits gibt es Zahngruppen, welche fast immer von der Erosion verschont bleiben. Derartige Zähne sind:

1. Die Backenzähne und
2. der 2. und 3. Mahlzahn.

Warum sind bestimmte Zähne ergriffen und andere bleiben frei von der Erosion? Es ist das, ich kann es im Vorhinein sagen, ein sehr einfacher Grund, und zwar, anatomisch physiologischer Grund. Die Zähne, welche durch die Erosion betroffen werden, sind diejenigen, welche sich auf dem Wege der Dentification zur Zeit, in welcher sich die hereditäre Syphilis entwickelt, befanden. Andererseits haben diejenigen Zähne, welche frei von der Erosion bleiben, zur selben Zeitepoche noch nicht angefangen, sich zu verkalken. Welche Epoche ist dies nun?

Nach der allgemeinen Annahme correspondirt dieselbe mit dem 3. oder 4. Lebensmonat. Jeder weiss nun, dass gerade im 3. oder 4. Lebensmonate die hereditäre Syphilis am häufigsten auftritt. Unter anderm ist es auch in diesem Zeitmomente, wo sie am intensivsten ist, wo sie gleichzeitig am intensivsten ist als äussere Manifestation und am schädlichsten auf die gesammte Ernährung und auf die Gesundheit einwirkt. Zu dieser Zeit tödtet sie die Kinder am häufigsten. Welche Zähne findet sie nun zu dieser Periode in der Entwicklung, um auf ihre Kronen die tiefe Ernährungsstörung zu verzeichnen, welche sie hervorruft; 3 Gattungen von Zähnen:

1. Den ersten Mahlzahn, der angefangen hat, sich mit seiner Dentinschichte zu bekleiden gegen das 6. Monat des fötalen Lebens.
2. Die Schneidezähne, deren Dentificationsbeginn in die ersten Monate des extrauterinen Lebens fällt.
3. Die Eckzähne, welche im 3. oder 4. Monat ihre Calcification beginnen. [1])

Der zerstörende Einfluss, welchen die hereditäre Syphilis auf die allgemeine Ernährung und namentlich auf die der Zähne ausübt, muss an den genannten Zahngattungen zum Ausdruck kommen.

Und warum sind andererseits andere Gattungen von Zähnen diesem Einfluss nicht unterworfen? Aus einem sehr einfachen Grunde. Weil zu diesem Zeitpunkte diese anderen Zähne noch nicht ihre Calcification begonnen haben. So fangen die Backenzähne erst gegen das 5. und

[1]) Siehe in dieser Beziehung Seite 99 Magitot „Tafel der Entwicklung der bleibenden Zähne.“

6. Monat an, sich mit Dentin zu bekleiden. Und noch viel später tritt die Dentification für den 2. und besonders für den 3. großen Mahlzahn ein, weil dieselbe bei dem einen erst im 3. Lebensjahre, bei den anderen im 12. eintritt. Mit anderen Worten und einfacher, die hereditäre Syphilis, welche das Kind während der 3 oder 4 ersten Lebensmonate befällt, kommt an den Zähnen, welche schon eine Krone oder vielmehr zu jener Zeit eine rudimentäre Krone haben, zum Ausdruck. Und ganz im Gegentheil hinterlässt sie an denjenigen Zähnen, welche noch zu dieser Zeit keine Krone haben, welche zu dieser Zeit noch nicht existiren, keine Spuren.

II. Wenn ich die Erosion vom odontologischen Standpunkte aus betrachten sollte, so müssten hier noch eine Menge von Fragen behandelt werden. Aber ich werde absichtlich unsere Auseinandersetzung nur auf unser specielles Thema beschränken. Ich werde daher nur die folgenden Propositionen vorbringen:

1. Fast immer sind die Zahnerosionen multipel. Häufig ergreifen dieselben 2 Zähne, häufig 4, 6, 8, 10 mitunter 12 und 16. Es ist nur eine ausserordentliche Seltenheit, dass man einen einzigen Zahn erodirt findet. Dessen ungeachtet habe ich einen solchen Fall in meiner Praxis gesehen.

Bei einem jungen Manne, dem Sohn syphilitischer Eltern, der seit seiner Geburt syphilitisch war, bestand am ersten unteren Mahlzahn eine erhebliche Atrophie, welche absolut charakteristisch war, alle anderen Zähne waren unversehrt und zeigten nicht die geringste Alteration.

2. Fast immer sind die Zahnerosionen symmetrisch, d. h. betreffen in einer ähnlichen Weise 2 homologe Zähne. So z. B. wenn der rechte untere Eckzahn eine Erosion an seiner Spitze hat, so ist alle Wahrscheinlichkeit dafür vorhanden, dass man die gleiche Laesion auch an dem unteren linken Eckzahne findet. Dieses Gesetz der Symmetrie erleidet nur selten eine Ausnahme.

3. Die Zahnerosionen an homologen Zähnen nehmen fast in sehr rigoroser Weise das gleiche Niveau der Zahnkrone ein, d. h. wenn eine Erosion in einer bestimmten Höhe der Zahnkrone eines Zahnes der linken Seite gelegen ist, so wird man an dem homologen Zahne der rechten Seite eine Erosion finden, welche in der gleichen Höhe der Krone liegt. Beispielsweise: Nehmen wir an, ein unterer mittlerer Schneidezahn der linken Seite zeigt eine transversale Furche an der Vereinigungsstelle des oberen Drittels mit den beiden unteren Dritteln der Krone, so werden sie fast unfehlbar an dem homologen Zahne der rechten Seite eine ebensolche Furche finden, welche streng in der gleichen Höhe, d. h. an der Vereinigungsstelle des oberen Drittels mit den beiden unteren Dritteln des Krone sich findet. Nimmt nun eine winklige Kerbe die Spitze eines unteren Eckzahnes ein, so werden sie fast sicher an der Spitze des anderen unteren Eckzahnes eine ähnlichen Kerbe oder irgend eine andere Varietät der Erosion finden.

4. Die Erosionen sitzen in verschiedener Höhe an Zähnen verschiedener Gattungen und diese Niveaudifferenzen sind in präcisen anatomischen Beziehungen mit den klinischen Differenzen der Entwicklung der verschiedenen Zähne. Das ist eine heiklere Frage und verlangt eine Erklärung. Wenn man an 2 erodirten Zähnen verschiedener Gattung das Niveau der Krone, an welcher sich die Erosion an einem

jeden dieser Zähne gebildet hat vergleicht, so constatirt man immer, dass sie an einem oder dem anderen Zahne in verschiedener Höhe sitzt. Nehmen wir z. B. als Beispiel einen Eck- und einen Schneidezahn des Unterkiefers. Am Eckzahne wird die Erosion die Spitze einnehmen, am Schneidezahne wird sie beiläufig ein bis zwei Millimeter unterhalb des freien Randes sitzen. Und immer werden die Verhältnisse sich auf diese Weise darstellen. Immer wird eine Ungleichheit des Niveaus der Erosion zwischen 2 Zähnen verschiedener Gattungen bestehen. Das ist eine constante Thatsache. Die früher erwähnte Thatsache steht in Beziehung mit der physiologischen Entwicklung der verschiedenen Arten von Zähnen. Um sie zu überzeugen, befragen sie die Gesetze der Entwicklung des Gebisses und sie werden constatiren, dass die Differenzen, welche in der Entwicklung bezüglich der verschiedenen Arten der Zähne bestehen, genau auch mit den Differenzen des Niveaus, welche die Errosionen an den Zähnen hervorrufen correspondiren. Ich wähle wieder das Beispiel, das ich gerade früher gab. Sie sehen, dass zwischen einem Schneidezahne und einem Eckzahne es Differenzen in Bezug auf die Erosionen der Krone von 1—2 *mm* gab. Was wissen wir nun andererseis über die wechselseitige Entwicklung der beiden Zähne?[1])

Bezeichnung der Zahngattung	Zeit des Auftretens des Hütchens der Zahnsubstanz	Höhe des Zahnsubstanz-Hütchens	
		zur Zeit der Geburt	im 6. Monat
Schneidezahn	1. Monat (nach der Geburt)	—	2 *mm*
Eckzahn	vom 2.—4. Monat	—	1 „
Backenzahn	vom 5.—6. Monat	—	1 „
1. Mahlzahn	6. Monat des fötalen Lebens	2 *mm*	6 „
2. Mahlzahn	3. Jahr	2 „	6 „
3. Mahlzahn	12. Jahr	2 „	6 „

Wir wissen, dass der Eckzahn hinter dem Schneidezahn in Bezug auf das Debut seiner Entwicklung zurückbleibt, dass er erst nach diesem zu verkalken anfängt und dass zur Zeit, wo seine Spitze sich noch in der Anlage befindet, der Schneidezahn schon ein oder 2 *mm* der voll-

[1]) Ich entlehne Magitot die nachfolgenden Angaben in Bezug auf die Entwicklung der bleibenden Zähne.

Die Angaben, fügt Magitot hinzu, dürfen nicht als absolut sicher angesehen werden und die verschiedenen, von uns nach nnseren persönlichen Studien angegebenen Epochen erleiden gewisse Schwankungen in Bezug auf das Individuum, die Constitution und selbst die Krankheiten. Die Variationen, welche in der Columne, welche sich auf die Erscheinungen des Hütchens der Zahnsubstanz bezieht nur einige Tage betragen können, sprechen sich umsomehr in der nachfolgenden, besonders aber in der letzten aus, d. h. dass die Epoche, welche an dieser oder jener Höhe des Hütchens der Zahnsubstanz, angezeichnet ist, um einige Wochen und selbst um einige Monate wechseln kann Es sind dies auf alle Fälle nur mittlere Angaben. (Études cliniques sur l'erosions des dents, Paris 1881.)

endeten Dentification erlangt hat. Es gibt also gewisse Beziehungen zwischen den beiden Ausdrücken Höhe der Erosion auf der Krone und dem Grade der Zahnentwicklung in einem gegebenen Momente. Man muss also sagen, die Erosion entsteht weiter oder näher zur Zahnspitze, je nachdem der Zahn sich früher oder später entwickelt. Da ergibt sich die Consequenz, dass die Höhe des Niveaus für die Erosionen, welche die Zähne verschiedener Gattungen betreffen, in Relation steht mit den chronologischen Differenzen der Entwicklung dieser Zähne. Sind das nur technische Details. Sie sind in Summe sehr einfach und sie werden mit mir gleich darin übereinstimmen, dass sie unentbehrlich sind, um in einer vernünftigen Weise die Pathogenie und den symbolischen Werth der Zahnlaesion auszulegen.

III. Ein kurzer pathologisch-anatomischer Ueberblick wird zur Vervollständigung dessen, was vorausgeht, dienen. Wenn man einen verticalen Schnitt durch einen Zahn, welcher mit einer Erosion behaftet ist, führt, so stellt man zunächst mit freiem Auge oder mit Hilfe der Lupe fest, dass das Profil des Zahnes eine oder mehrere Ausbuchtungen mit runzeligem, ungleichmässigem und schwärzlichem Grunde zeigt. Diese Ausbuchtungen sind nichts anderes als die Erosionen, welche die Zahnsubstanz angreifen und bis zu verschiedener Tiefe aushöhlen. Bisweilen betrifft die Laesion nur das Email, von dem sich eine verdünnte und veränderte Lage am Grunde der Furche findet, bisweilen dringt sie bis an das Zahnbein. Bei der mikroskopischen Untersuchung scheint das Email im Erkrankungsniveau selbst zerfetzt. Seine Röhrchen sind in ungleicher Höhe gebrochen und seine Enden bilden eine unregelmässige Oberfläche, welche runzelig ist und wie mit Stacheln versehen erscheint. Es scheint ausserdem, dass die Röhrchen des Emails ihre gegenseitige Cohäsion verloren haben und dass sie nur mehr unvollständig mit einander verlöthet sind. Oberhalb und unterhalb der Erosion nimmt das Email wieder seinen normalen Charakter an.

Bis jetzt gab es nichts aussergewöhnliches und auch nichts unerwartetes. Aber der Zustand des Zahnbeins beherbergt für uns eine Ueberraschung; nämlich im Niveau der Erosion und sonst nirgends als hier ist das Zahnbein ergriffen, ergriffen in seiner ganzen transversalen Ausdehnung, im Durchlauf einer horizontalen Zone, welche der Fläche der Erosion entspricht. Es gibt nichts als wie eine Erosion, man findet nichts als wie eine Schichte Zahnbein auf diese Art verändert. Wenn es aber mehrere Erosionen gibt, wie bei der stufenförmigen Zahnerosion, so findet man eine gleiche Anzahl von Zonen des Zahnbeines krank, Zonen, welche untereinander parallel sind, die einen von den andern getrennt durch Zonen gesunden Zahnbeins und in Bezug auf die verticale Höhe die verticale Höhe der correspondirenden Errosion messend. Sicherlich eine sehr eigenthümliche Topographie und sehr instructiv, wie wir noch später in Bezug auf die Pathogenie dieser Laesion sehen werden.

In der ganzen Dicke der Zone oder der Segmente, welche den Erosionen entsprechen, ist das Zahnbein in einer eigenthümlichen Weise verändert. Es hiesse dies von meinem Thema abschweifen, wenn ich Ihnen die anatomischen Details dieser Laesion geben wollte. Es genügt mir, Ihnen zu sagen, dass man hier eine Art von Entartung des Zahngewebes findet, welche in der speciellen Pathologie mit dem Namen der

globulären Umwandlung des Dentins bezeichnet wird und speciell durch eine Anomalie der Textur des Zahnbeines gebildet wird.

Diese Laesion ist von den Odontologen genau gekannt und wird von ihnen als das Resultat eines Fehlers der nutritiven Formation des Zahnes hingestellt. Diese technischen Details interessiren uns übrigens wenig. Das Wesentliche, was wir festzuhalten haben, ist, dass die Zahnerosion nicht das ist, was man glauben könnte, d. h. dass es nicht eine einfache Oberflächenlaesion ist; denn der Anatomie nach ist es gleichzeitig eine Laesion der Oberfläche und der Tiefe, eine Laesion des ganzen Zahnes.

XX.

Können wir uns jetzt nach dem, was im Vorausgegangenen gesagt wurde, eine Idee über das, was die Zahnerosion ist, über ihre Pathogenese, ihren Mechanismus und ihre Entstehung machen? — Ja, und einige allgemeine Sätze werden das zusammenfassen, was wir über diesen Gegenstand aussagen können.

1. Die Zahnerosion ist eine Erkrankung, welche mit der Zeit der Zahnbildung zusammenfällt. Das ist ganz deutlich, denn der erodirte Zahn kommt in diesem Zustand aus seiner Zahnalveole heraus und ausserdem findet man ihn schon in der Alveole erodirt, wenn man sich die Mühe nimmt, ihn in derselben aufzusuchen, um ihn daselbst zu untersuchen. Also, so wie wir sie in einem gegebenen Zeitmomente sehen, ist die Erosion niemals etwas anderes als wie das Stigma einer alten Erkrankung und eine Laesion, welche im Verlaufe des alveolären Lebens des Zahnes entstand und zur Vollendung kam.

2. Die Zahnerosion ist die Folge einer momentanen Unterbrechung im Processe der Dentification zur Zeitepoche, in welcher sich der Zahn bildet. Denn was an dem Zahne afficirt ist, das was ihm fehlt, ist ein Theil seiner Substanz und diese Substanz fehlt nicht, weil sie zerstört wurde, sondern weil sie gar nicht zur Bildung gelangte. Wir haben auch die Berechtigung zu sagen, dass diese Unterbrechung eine „momentane“ war. Und in der That, weil wir oben und unterhalb dieser nicht gebildeten Portion der Krone den Zahn normal und regelmässig gebildet finden, so ergibt es sich nothwendiger Weise, dass dieses Stadium der Nichtbildung nur eine ganz kurze Dauer gehabt hat. Also es wird nicht zu weit über das Ziel hinaus geschossen sein, wenn man sich den Mechanismus der Bildung der Erosion in folgender Weise vorstellt. Ich nehme an, dass ein Zahn auf dem Wege der Bildung ist und dass schon seine Spitze bekleidet, ist welche man in der technischen Sprache „das Dentinhütchen“ genannt hat. Wenn die Sachen ihren gewöhnlichem und normalen Verlauf nehmen würden, so würde der Process sich fortsetzend in der Richtung gegen den Hals vor sich gehen und es würde ein regelmässiger Zahn gebildet werden. Aber es kommt jetzt eine Krankheitsursache, welche die Ernährung des Organismus stört. Unter diesem Einfluss erfolgt eine geringere und ungenügende Zufuhr des Ernährungsmateriales. Die Zellen, welche, indem sie sich mit Kalkablagerungen inkrustiren, das Dentinhütchen verlängern sollten, erleiden eine Art von Atrophie. Die Kalcification ist aufgehoben oder setzt sich nur mehr in einer uncorrecten und mangelhaften Weise fort. Die Con-

sequenz davon ist eine Zone am Zahn, welche fehlerhaft und unvollständig gebildet ist, welche ihren Ausdruck in einer Abflachung auf der Krone in Folge einer ungenügenden Entwicklung findet. Von dieser Zeit ab ist die Zahnerosion gebildet. Dann hört die Krankheitsursache zu wirken auf und von dem Momente ab kommt die Ernährung des Zahnes wieder in Ordnung. Der Zahn nimmt wieder sein normales Wachsthum auf und seine normale Physiognomie an. Aber das nützt nichts mehr. Es bleibt immer zwischen den beiden normalen Segmenten die intermediäre, atrophische Zone. Zweifeln sie nicht, meine Herren, das ist der Vorgang, durch welchen die Laesion zu Stande kommt. Wir werden uns auch weiters in keine gewagte Hypothese einlassen, wenn wir noch folgende Corrolarien beifügen. Es ist wahrscheinlich, dass die Beträchtlichkeit der Zahnerosion in Bezug auf ihre Ausdehnung und Tiefe in Beziehung steht zur Intensität, dem Charakter und die Dauer der Intervention der Krankheitsursache, durch welche sie veranlasst wird. Wenn diese Ursache eine mächtige, active, intensive ist, wenn sie lange Dauer hat, was wird dann geschehen? Es wird eine Erosion entstehen, welche ausgedehnt, tief, breit, mit einem Worte beträchtlich ist. Wenn die Ursache eine leichte und eine kurz dauernde ist, so wird sich das durch eine oberflächliche, unbedeutende, feine, verhältnismässig geringfügige Erosion ausdrücken. Wenn die Ursache mehrere Male intervenirt, mit Zwischenacten, während welcher ihre Wirkung aufhört, so werden mehrere Erosionen an der Krone zum Ausdruck kommen und es wird das entstehen, was man einen Zahn mit mehreren Furchen nennt, der Zahn in Stufen. Dies alles ist gleichzeitig einfach und logisch und ich könnte sogar sagen, dass diese verschiedenen Inductionen aus dem Gebiete der Hypothese herauszutreten anfangen; denn der grössere Theil derselben basirt sich bereits auf eine bestimmte Anzahl gewissenhafter Beobachtungen. Es werden das in kurzer Zeit, das ist meine Ueberzeugung, unbestreitbare Wahrheiten sein.

3. Die Zahnerosion ist das Resultat eines Einflusses von allgemeinem Charakter. In der That, wenn die Ursache, welche die Erosion zur Entstehung bringt, von rein localer Wirkung wäre, so dürfte sich ihre Wirksamkeit nur auf eine ganz locale Stelle begrenzen, und was dadurch entstehen würde, das wäre ein erkrankter Zahn oder höchstens eine Gruppe benachbarter Zähne, welche auf eine identische und analoge Weise erkrankt wären. Nehmen wir als Beispiel eine Periostitis — eine locale Ursache — die sich an einem Punkt des Kiefers, z. B. an der linken Hälfte des Unterkiefers entwickelt. Eine derartige locale Ursache könnte sicherlich irgend einen Einfluss auf die Zähne üben, welche in dieser linken Hälfte des Unterkiefers eingeschlossen sind und an ihnen einen Stillstand der Bildung, irgend ein Distrophie veranlassen, aber sie wird sich darauf beschränken, sie wird nicht mehr als das machen. Sie wird keinen Einfluss auf die Zähne der anderen Hälfte des Unterkiefers, so wenig wie auf diejenigen des Oberkiefers ausüben. Eine locale Ursache kann eben nur locale Resultate erzielen. Und so kann eine locale Ursache unmöglich genügen, um die von uns früher erwähnten Erscheinungen hervorzurufen, nämlich:

1. Multiple und disseminirt auftretende Erkrankungen der Zähne, u. zw. sowohl am Ober- als am Unterkiefer.

2. Symmetrische Alterationen, welche die homologen Zähne der einen und der anderen Seite betreffen.

3. Systematische Erkrankungen, indem sie im selben Niveau der Zähne derselben Gattung und in verschiedenem Niveau von ungleichartigen Zähnen auftreten etc.

Es ist evident, dass solchen Erkrankungen nur eine allgemeine Ursache zu Grunde liegen kann. [1] Verstehen wir uns genau. Ich behaupte nicht, dass es nur Alterationen der Zähne gibt, welche aus allgemeinen Ursachen hervorgehen. Es gibt gewiss welche, die durch locale Erkran kungen und insbesondere durch Knochenaffectionen entstehen. Und weit davon, sie in Zweifel zu ziehen, werde ich ihre Aufmerksamkeit bald auf dieselben lenken. Aber es ist dies eine besondere Kategorie von Zahnerkrankungen, welche sich vollständig von denen unterscheiden, die uns bis jetzt beschäftigt haben und welche sich besonders durch ihren topographischen, ausschliesslich localen Charakter unterscheiden. Wir lassen dieselben jetzt bei Seite und schliessen mit Folgendem:

1. Die Zahnerosion, wie sie sich gewöhnlich darbietet, d. h. indem sie ein Ensemble von multiplen, zerstreuten, symmetrischen und systematischen Laesionen bildet, kann nicht als die Affection eines oder einiger Zähne betrachtet werden. Dieselbe ist ganz ersichtlich der Ausdruck einer Affection eines organischen Systems.

2. Sie wäre unerklärlich durch die Wirkung einer ausschliesslich localen Ursache. Sie muss nothwendiger Weise durch einen Einfluss allgemeiner Art hervorgehen. Welcher ist nun dieser Einfluss? Es ist für unseren Gegenstand von besonderem Interesse das zu wissen und das müssen wir jetzt genauer untersuchen.

XXI.

Aetiologie der Zahnerosion.

Man discutirt schon lange über die Ursachen der Zahnerosion. Zahlreiche Debatten spinnen sich in der Praxis und in wissenschaftlichen Gesellschaften in dieser Richtung ab und bis heute soll die Einigung der Anschauungen erzielt werden.

Wir wollen sofort auf die Thatsachen eingehen. 3 hauptsächliche Meinungen finden sich in Bezug auf die Aetiologie der Zahnerosion. Für gewisse Pathologen hätte die Zahnerosion keine Beziehung zur Lues und würde im Gegentheil mit einer Affection des Kindesalters, nämlich mit der Eclampsie im Zusammenhang stehen. Für andere wäre sie ausschliesslich das Resultat des Einflusses der hereditären Lues. Für wieder andere würde es ganz rein und einfach eine gewöhnliche Laesion, eine vulgare banale sein, welche durch verschiedene Affectionen entstehen kann, aber durch die Syphilis mit einer markanten Häufigkeit veranlasst wird, und scheint es, dass sie in einer bestimmten Form, welche man als die Hutchinson'sche Zahnbildung bezeichnet, einzig und allein durch Syphilis bedingt wird. Wir wollen die klinische Wahrheit aus diesem Meinungsstreit herauszufinden trachten.

[1] Ich befinde mich in diesem Punkte mit Dr. Hutchinson, für welchen diese verschiedenen Missbildungen der Zähne nicht durch allgemeine Ursachen entstehen, sondern durch ausschliesslich locale, wie Stomatitis, Entzündung der Alveolen und Knochenaffectionen in einem absoluten Widerspruch. (Transactions of the Pathological Soc. of London, 1858 und 1859.)

XXII.

Die erste dieser Meinungen wurde von einem hervorragenden Specialisten der Zahnheilkunde, dem Herrn Dr. Magitot, vertreten. Derselbe hat seine Meinung in einem ausgezeichneten Werke,[1]) entwickelt, und hat er ausserdem noch verschiedene einschlägige Mittheilungen in gelehrten Gesellschaften[2]) gemacht. Ausserdem haben seine Schüler Catastanié[3]), Rattier[4]), Quinet[5]) diese Lehre angenommen und verbreitet, ja sogar sie mitunter übertrieben.

Magitot hat die von ihm aufgestellte Theorie in der wissenschaftlichsten Weise vertheidigt. Erstens liefert er zur Stütze seiner Schlussfolgerung ein Contingent von wirklich beachtenswerthen Thatsachen. In seiner diesbezüglichen Abhandlung citirt er nicht weniger als 40 Beobachtungen, welche sich auf Individuen mit Zahnerosionen beziehen, welche in ihrer Kindheit eclamptische Zustände durchmachten, ohne dass irgend eine andere Krankheit mit der Zahnerkrankung verknüpft werden konnte. Ausserdem brachte er zu Gunsten seiner Doctrin verschiedene Argumente vor, von welchen einzelne einen sehr grossen Werth haben. Ich will nur eines erwähnen: „Er konnte in einer Anzahl von Fällen eine stricte Beziehung zu dem Alter, in welchem die Krämpfe bestanden, und dem Niveau der Krone, in welchem die Erosion sich findet, nachweisen.“ Dies würde in der That ein peremptorischer Beweis sein. Nach Magitot ist dieser Zusammenhang ein constanter. Und er fügt hinzu: Wir werden uns heutzutage nicht damit begnügen, wenn eine Zahnerosion vorliegt, die Eclampsie festzustellen, wir werden noch weiter gehen und aus dem Niveau der Kerbe oder Furche werden wir die Zeit bestimmen, in welcher die eclamptischen Anfälle statthatten. Mit anderen Worten, wenn eine Zahnerosion vorliegt, so wäre es möglich, nach dem Niveau, welches diese Erosion an der Krone einnimmt, festzustellen, dass eine eclamptische Krise in dem und dem Alter, d. h. in dem correspondirenden Alter, welches einer bestimmten Zahnentwicklung entspricht, stattgefunden hat. Die Eclampsie würde also gewissermassen selbst an der Zahnkrone die Zeit ihres Auftretens anmerken.

Nach alldem lässt es sich wohl kaum bestreiten, dass die kindliche Eclampsie die Ursache einer Zahnerosion werden kann. Ich nehme diese Schlussfolgerung für meine Person an, weil sie auf einer Summe von Argumenten und Erwägungen beruht, welche man meiner Meinung nach unmöglich zurückweisen oder verkennen kann. Aber wenn wir das auch zugegeben haben, so müssen wir doch fragen, ob der Krampf die einzige Ursache ist, aus welcher die Zahnerosion hervorgehen kann? Magitot und seine Anhänger antworten in resoluter Weise, ja. Wir anderen antworten aber mit nein und mit nicht geringerer Ueberzeugung.

[1]) Traitè des anomalies du système dentaire chez l'homme et les mammifères. Paris, 1877.

[2]) Études cliniques sur l'erosion des dents considérée comme signe rétrospectif de l'eclampsie infantile Paris, 1881. — Congrès de Reims 1880. — Bulletins de la Société de chirurgie, 1883 etc.

[3]) De l'erosion ou des alterations des dents permanentes à la suite des maladies de l'enfance. (Thèses de Paris, 1874, no. 384)

[4]) Contribution a l'étude de l'erosion dentaire. (Thèses de Paris 1879, no. 569.)

[5]) A propos des dents syphilitiques. Bruxelles, 1879).

Indem Magitot constatirt, dass die Eclampsie zu den Antecedentien der Erosion gehört, hat er eine ganz richtige Thatsache gefunden und sichergestellt, deren Autenticität wir annehmen. Aber von der Idee, welche er verfolgt, beherrscht hat er nur diese Thatsache gesehen, er hat diejenigen Fälle verkannt oder beiseite gelassen, welche in seine Theorie nicht hineinpassten oder welche ihr hätten widersprechen können. Er hat eine besondere Thatsache generalisirt und hat auf alle Zahnerosionen dasjenige angewendet, was sich nur auf eine bestimmte Anzahl von Fällen anwenden lässt. Wenn man ohne Voreingenommenheit die Antecedentien der Individuen, welche mit Zahnerosionen behaftet sind, studirt, so findet man eine ganz beträchtliche Anzahl von Fällen, in denen die Eclampsie gar nicht vorgekommen ist. Um ein einziges Beispiel zu nehmen, werde ich aus meinen Notizen den folgenden Fall erwähnen, welcher gewiss jede Fehlerquelle ausschliesst und keinen möglichen Verdacht auf schlechte Beobachtung oder unvollständige Anamnese in Bezug auf Eclampsie aufkommen lassen darf. Ein Kind, wegen dem ich unzählige Male zu Rathe gezogen worden bin, zeigt Erosionen der typischesten Art. Dieses Kind, der Sohn einer ausserordentlich ängstlichen Familie, welche auf die geringsten Details seiner Gesundheit achtet, wurde von dem Tage seiner Geburt bis heute von meinem Freunde Dr. Blache behandelt. Es gibt keine Krankheit, kein ganz leichtes Unwohlsein, wegen dessen nicht Blache oder ich oder wir beide gleichzeitig zu Rathe gezogen wurden. Und dieses Kind, trotzdem es Zahnerosionen hat, hat nie auch nur eine Spur einer Convulsion gehabt oder irgend etwas, was einer Convulsion ähnlich wäre. Ein einziger solcher Fall würde genügen, um die exclusive Theorie, welche der Eclampsie alle Fälle von Zahnerosionen in die Schuhe schieben will, zu verdammen. Aber Fälle dieser Art sind ganz ausserordentlich zahlreich.

Wir können also sagen, die Eclampsie kann der Zahnerosion in einer bestimmten Anzahl von Fällen zum Ursprung dienen, aber die Eclampsie ist nicht die einzige Ursache, welche die Zahnerosion in allen Fällen hervorruft.

XXIII.

Das, was ich über die Doctrin gesagt habe, welche die Zahnerosion ausschliesslich durch Eclampsie veranlasst sehen will, das werde ich auch über eine andere, nicht weniger exclusive Doctrin zu sagen haben.

Diese spricht wieder alles das der Lues zu, was die vorhergehende der Eclampsie zuschrieb.

Diese Doctrin ist in England durch die Arbeiten Hutchinson's entstanden.

Bei uns vertritt sie besonders Parrot, welcher dieser Lehre mehrere seiner schönen Arbeiten über hereditäre Syphilis gewidmet hat. [1])

Seine Anschauung lässt sich in folgender Weise resumiren.

Der hereditäre Einfluss der Syphilis wäre die esentielle und einzige Ursache der Zahnerosion.

Aber auch hier ist nur ein Theil Wahrheit und ein Theil Irrthum.

[1]) Progrès médic. 1881, p. 389 u. ff.

Es ist eine unbestreitbare Thatsache, dass die ererbte Lues ein Antecedens der Zahnerosion in einer Anzahl von Fällen ist, und ich füge hinzu, dass die Anzahl solcher Fälle eine sehr beträchtliche ist. Es ist nicht weniger sicher, dass bei einer Anzahl von Individuen die Erosion auf keine andere Ursache als auf den Einfluss der hereditären Syphilis zurückgeführt werden kann.

Aber folgt daraus, dass die Zahnerosion immer und unveränderlich von der hereditären Syphilis abstammt. Geradeso wie man sie andererseits ausschliesslich durch Eclampsie bedingt sein lassen wollte? — Nicht im mindestens von der Welt. In der That ist es nicht selten, oder sagen wir besser, es ist häufig, dass man Zahnerosionen bei Individuen findet, welche keine Syphilis hatten und welche von nicht syphilitischen Eltern abstammten. Hier wäre die Erwähnung besonderer Fälle überflüssig. Beispiele dieser Art finden sich in der Erinnerung eines jeden praktischen Arztes. Ich erkläre, dass ich niemals einer Discussion unter Aerzten über diesen Gegenstand anwohnte, ohne dass irgend einer gesagt hätte: aber ich kenne Kinder, welche Zahnerosionen haben und welche niemals das geringste Symptom von Syphilis darboten, und ich bin sicher, dass ihre Eltern niemals Lues hatten.

Was mich betrifft, so kenne ich einen Fall, welcher, wenn er auch der einzige wäre, meine Ueberzeugung in dieser Richtung feststellen würde.

Einer meiner intimsten Freunde, ein Spielkamerad von mir, dessen Leben ich so genau kenne, wie das meinige, hat einen Sohn, der vier Zähne mit Erosionen trägt. Nun: Weder dieses Kind, noch die Schwester, noch der Vater, noch die Mutter hatten jemals das geringste Zeichen von Lues dargeboten. Und wie viel andere ähnliche Beobachtungen könnte ich nicht noch vorbringen! Aber ich werde noch eine Reihe von Beweisen ganz anderer Art bringen.

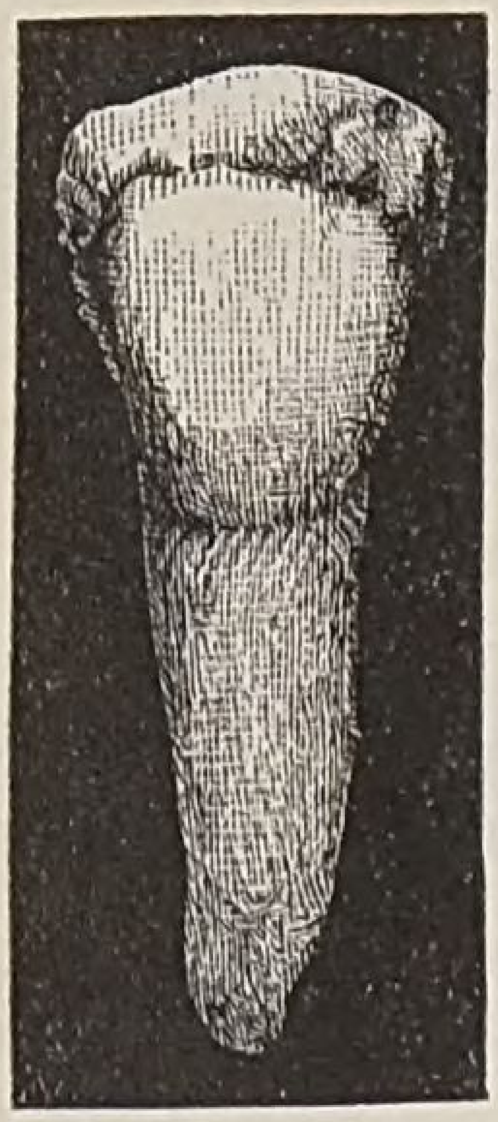


Fig. 14
Schneidezahn eines Durham-Ochsen.

Nach allgemeiner Ueberzeugung existirt die Lues weder bei den Ochsen noch bei den Hunden. Aber man hat Furchen in den Zähnen bei den Ochsen und bei den Hunden beobachtet, und wie es scheint übrigens auch bei anderen Thieren. [2])

An einem 4 Jahre alten Ochsen sah Magitot die beiden centralen Schneidezähne von symmetrischen Erosionen behaftet. Diese Erosionen waren transversal und tief. Sie nahmen das obere Drittel der Zahnkrone ein, wie Sie es auf Fig. 14 sehen.

Bei der histologischen Untersuchung fand man eine Zone von globulärem Dentin mit dem Niveau der Erosion correspondirend. Es handelt sich also in diesem Fall um eine Erosion, welche derjenigen der menschlichen Zähne ganz ähnlich ist.

Capitan zeigte in der anthropologischen Gesellschaft das Gebiss eines Hundes, welches mit multiplen Zahnerosionen behaftet war. Nach Draspot, Professor an der Veterinärschule in Alfort, wären die Zahn-

[2]) Nach der Aussage von Rattier (These citirt p. 13) hätte Herr Duval eine Sammlung von erodirten Zähnen zusammengestellt, unter welchen man Zähne vom Pferde, von Elephanten und Nilpferden finden konnte.

erosionen bei den Hunden sehr häufig, namentlich an den Schneidezähnen derselben; und noch mehr, die einzige Ursache derselben wäre die sogenannte „Hundskrankheit", die zur Zeit, in welcher die bleibenden Zähne durchbrechen, d. h. im sechsten Monate, auftritt. [1])

Daraus geht eine förmliche Conclusion hervor. Nämlich, es ist ganz sicher und über jedweden Zweifel erhaben, dass die Syphilis nicht die einzige Ursache der Zahnerosionen ist.

Meine Herren, gestatten Sie mir eine kurze Abschweifung.

Es ist einige Jahre her, dass Ausgrabungen, welche Herr Morrot an der Stelle eines alten gallo-romanischen Friedhofes vornahm, in Breny

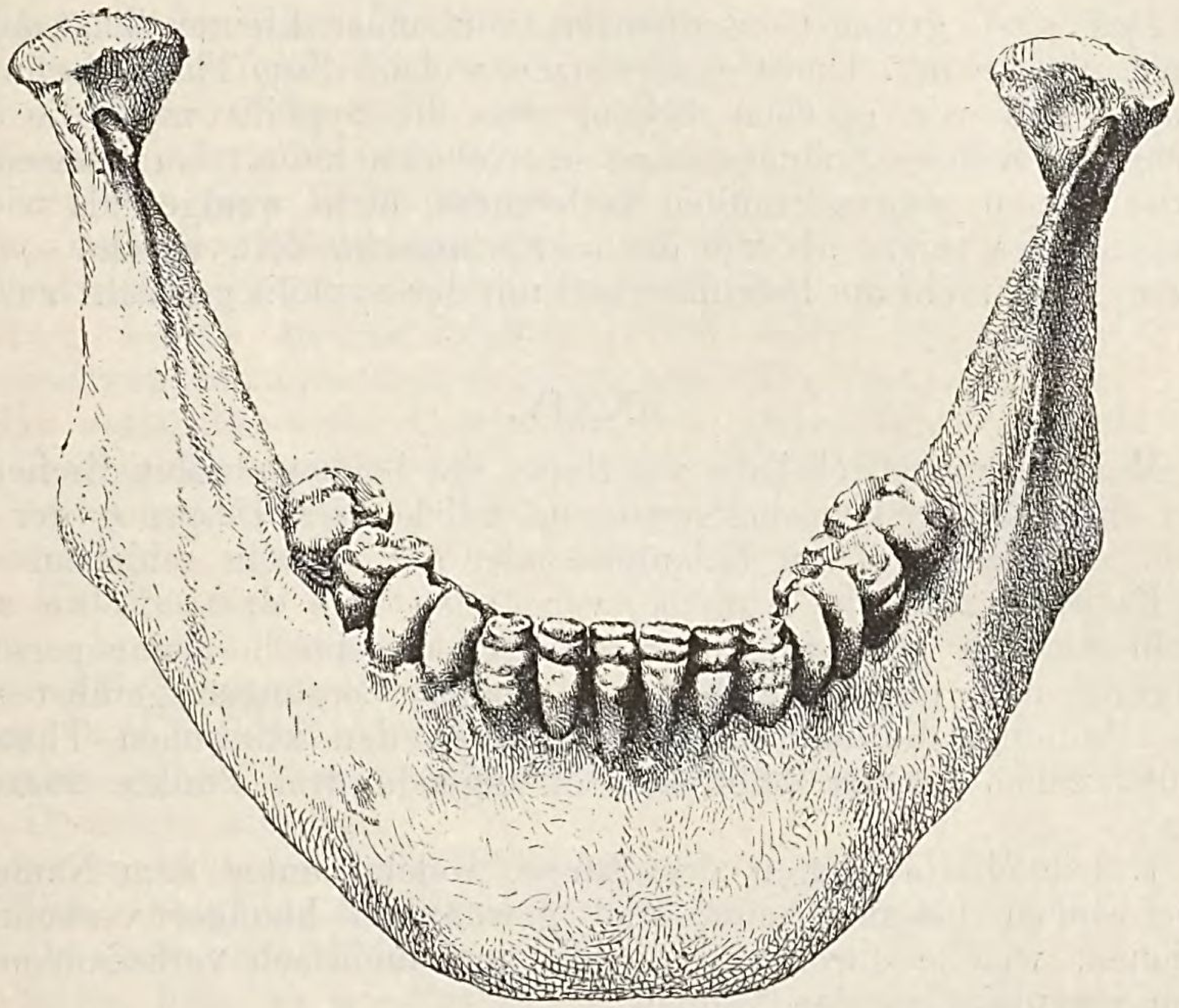


Fig. 15. Unterkiefer eines jungen Individuums aus der Zeit der Merowinger.

(Aisne) den Unterkiefer eines jungen „Franken" aus der merowingischen Zeit zu Tage förderten. Dieser Unterkiefer, welcher sich jetzt im Museum der anthropologischen Gesellschaft befindet und den ich hier

[1]) Hier das Resumé, welches Professor Draspot so freundlich war mir zukommen zu lassen:

Die Zahnerosionen sind bei den Hunden sehr häufig, namentlich an den Schneide- und Eckzähnen. Man findet selbe auch, aber sehr selten, an den ersten Mahlzähnen. Meinem Wissen nach ist die einzige Ursache dieser Erkrankung der Zähne die Entwicklung der gewöhnlich mit Hundskrankheit bezeichneten Erkrankung, welche zur Zeit, wo die bleibenden Zähne zum Durchbruch gelangen, d. h. im 6. Monate auftritt. Wenn dieselbe Hunde unter diesem Alter betrifft, so nimmt die „Variole" in der Regel eine schwere Form an. Ihr Ausbruch ist unvollständig, gleich Null, während verschiedene Complicationen der Eingeweide (Bronchitis, Bronchopneumonie oder Meningitis des Schädels oder der Wirbelsäule oder Meningo-Myelitis), welche oft tödtlich sind, dazukommen. Bei der Hälfte der Hunde, welche überleben, sieht man bleibende Zähne auftreten, welche mehr oder weniger oft Erosionen tragen.

vorzeige, birgt, wie Sie bemerken, mehrere Zähne, welche mit Erosionen versehen sind. Die Erosionen haben die Form einer doppelten Furche an den Schneidezähnen, die einer einfachen Furche an den Eckzähnen und den ersten Mahlzähnen. Und wissen Sie, zu welcher kühnen Schlussfolgerung diese wenigen Zahnfurchen Veranlassung gegeben haben?

Man hat behauptet, darin den Beweis gefunden zu haben:

1. Dass der junge, in Rede stehende Franke an Syphilis gelitten habe;

2. dass er diese Syphilis von seinen Eltern geerbt hatte;

3. dass die Syphilis zur Zeit der Merowinger schon in Frankreich bestand.

Das sind grosse Consequenzen von einer kleinen Thatsache abgeleitet, nicht wahr? Und Consequenzen, welche diese Thatsache in nichts verträgt, weil wir gesehen haben, dass die Syphilis nicht die einzige Ursache ist, welche Zahnerosionen hervorrufen kann. Im Ganzen, man hat also diesen jungen Franken verleumdet, nicht weniger als wie seine Eltern, nicht weniger als wie die merowingische Zeit, welche so glücklich war, noch nicht die Bekanntschaft mit der Syphilis gemacht zu haben.

XXIV.

Meine Herren! Ich habe vor Ihnen die beiden absolutistischen Doctrinen discutiert und zurückgewiesen, welche den Ursprung der Zahnerosion ausschliesslich auf Eclampsie oder auf Syphilis schieben.

Es ist jetzt meine Aufgabe, vor Ihnen eine dritte Lehre zu entwickeln und zu vertheidigen zu welcher ich durch meine persönliche Erfahrung und durch die Arbeiten meiner Vorgänger geführt wurde. Diese Meinung, die nur einzig und allein den klinischen Thatsachen zu entsprechen scheint, lässt sich in folgende drei Punkte zusammenfassen:

1. Die Missbildungen der Zähne, welche unter dem Namen der Zahnerosionen bekannt sind, sind gewöhnlich häufiger vorkommende Laesionen, welche durch verschiedene und mehrfach vorkommende Ursachen veranlasst werden können.

2. Die Syphilis bedingt dieselbe, sie bedingt sie oft, vielleicht öfter als alle übrigen anderen pathologischen Zustände.

3. In Bezug auf die specielle Frage, welche uns beschäftigt, d. h. als Zeichen, welches für die retrospective Diagnose der hereditären Syphilis dient, haben die Zahnerosionen, je nach der Form, welche sie annehmen, einen sehr ungleichen Werth. Einige dieser Formen resultiren mit einer unzweifelhaften Häufigkeit aus der Syphilis fremden Ursachen und haben keine diagnostische Bedeutung, während andere, welche die Lues hervorruft, fast für sich allein positive und specielle Merkmale liefern.

Ich werde versuchen, diesen dreifachen Lehrsatz durch eine möglichst rasche Discussion zu rechtfertigen.

Die Zahnerosionen, habe ich schon früher gesagt, sind gewöhnlich allgemeine Laesionen, welche durch multiple und verschiedene Ursachen hervorgehen. Nun, und in der That, was ist denn eine Zahnerosion ihrer Natur nach für eine Gattung von Laesion? — Sie ist doch ersichtlich und nach dem Urtheile aller durch eine Ernährungsstörung hervorgerufen.

Wir haben in dem Vorausgehenden den Mechanismus der Entstehung der Erosion kennen gelernt. Wir wissen, dass sie durch eine momentane Unterbrechung, welche während des Dentificationsprocesses eintritt, hervorgeht. Auf einer bestimmten Etappe seiner Entwicklung erhält der Zahn zu seiner vollständigen und correcten Bildung nicht mehr die nothwendige Summe seines Nahrungsmateriales. Consequenterweise entwickelt sich dann der Zahn fehlerhaft und unvollständig, und die Ernährungsstörung, dieser Stillstand der Entwicklung, wird dadurch erkannt, dass sich an der Krone eine atrophische Zone bildet, welche man als Erosion bezeichnet.

Wäre es daher möglich, anzunehmen, dass die Lues allein das Privilegium hätte, eine Ernährungsstörung, welche das Zahnsystem betrifft, hervorzurufen? Muss man nicht vielmehr glauben, dass eine Laesion dieser Art, die nichts specifisches an sich hat, durch eine jedwede Krankheitsursache veranlasst werden kann, wenn dieselbe nur im Stande ist, eine tiefe Ernährungsstörung zu erzeugen? — Es ist ersichtlich, dass die Zahnerosion aus verschiedenen Ursachen entstehen kann, weil man sie unter verschiedenen Bedingungen antrifft, z. B. an Individuen, welche niemals Syphilis gehabt haben und bei Individuen, welche frei von eclamptischen Anfällen geblieben sind.

Man muss also wohl annehmen, dass solche Fälle, welche weder durch die Syphilis noch durch Eclampsie erklärt werden können, sich durch irgend einen anderen Krankheitseinfluss erklären lassen. Aber wird man sagen, welche sind dann diese anderen Krankheitseinflüsse, nennen Sie dieselben doch? — Darauf würde ich einfach antworten: wenn wir keine anderen anzugeben wüssten, so würde das höchstens für unsere Unkenntnis sprechen und für nicht mehr; das würde nur bedeuten, dass wir nicht die Ursachen kennen, welche die Veranlassung zur Erosion geben können, aber das würde nichts gegen die Existenz solcher Ursachen beweisen.

Aber so steht die Sache glücklicherweise nicht. Zweifelsohne ist unser Wissen über die Aetiologie der Zahnerosion noch ungenau, ohne Zweifel ist eine ganze Reihe von Ursachen, auf welche man die Zahnerosion folgen liess (so wie Eruptionsfieber, Pyrexie, Scrophulose, Rachitis etc.) absolut unacceptabel und zwar aus dem ausgezeichneten Grunde, dass in der grossen Anzahl der Fälle die Zähne schon definitiv gebildet sind und daher nicht mehr einer Missbildung anheimfallen können zu einer Epoche, wo diese Ursachen gewöhnlich in Action treten.[1])

Ohne Zweifel hat man ein leichtes Spiel gegen uns, indem man den Mangel von präcisen Beobachtungen tadelt, welche Beobachtungen die Beziehungen irgend eines Krankheitszustandes mit der Erosion erhärten sollen.

Aber geben Sie in dieser Beziehung acht, meine Herren; es handelt sich hier um einen neuen Gegenstand, wenigstens von dem Gesichtspunkte aus, von dem wir ihn jetzt betrachten. Es handelt sich um einen Gegenstand, welcher wenig cultiviert, ja ich möchte sagen, vernachlässigt wurde. Die Unvollständigkeit unserer gegenwärtigen Kenntnisse hat also ihre sehr legitimen Gründe. Und dennoch bezeugen von

[1]) Parrot hat das in einer ganz ausgezeichneten Weise auseinandergesetzt und ich habe dem Beweise, den er erbracht hat, nichts hinzufügen. (Progr. medical. 1881.)

heute ab einzelne gut beobachtete Thatsachen den ätiologischen Zusammenhang bestimmter Krankheitszustände mit der Zahnerosion.

So hat Magitot eine interessante Beobachtung von Zahnerosionen gemacht, welche durch eine chronische Enteritis veranlasst wurden. In diesem Falle waren die Schneidezähne, die Eckzähne und die ersten Mahlzähne in einem Zustande vollständiger Desorganisation und zwar unter der Form, welchen man als honigwabenförmig beschrieben hat. Der Sitz und die Ausdehnung dieser Laesion zeigte einen präcisen Zusammenhang mit der Invasion und der langen Dauer der Enteritis, welche im zweiten Lebensmonate auftrat und bis zum zweiten Lebensjahr dauerte. Im Gegensatz dazu boten die zweiten und dritten Mahlzähne, deren Entwicklung später als in das zweite Lebensjahr fällt, keine Erosionen dar.[1])

Desgleichen hat Pietkiewicz den nachfolgenden Fall beobachtet:

Ein junger Mann von 19 Jahren suchte seinen Rath wegen zahlreicher Zahnerosionen nach. Nach dem Sitze und der Ausbreitung der Erosion kam P. dazu, anzunehmen, dass die Krankheitsursache, durch welche die Zahnerosion bedingt wurde, im Alter von 18 Monaten bis zwei Jahren bestanden haben müsse. Er sucht diese Ursache und erfährt in der That, dass in dem Alter von 18 Monaten sein Kranker vom ersten Stock hinabstürzte, dass er bei diesem Falle mehrere Traumen erlitt und dass er in Folge derselben durch mehrere Monate schwer krank das Bett hüten musste.[2])

Vielleicht muss man aber auch bei dieser Aetiologie nicht nur allein die Krankheit des Kindes, sondern auch die Erkrankungen, welche die Mutter während der Schwangerschaft betrafen, mit in Betracht ziehen.

Verlieren Sie nicht aus dem Auge, dass der erste grosse Mahlzahn im 6. Monate des fötalen Lebens zu verkalken beginnt. Es könnte also sein, dass derselbe während der letzten drei Monate der Gestation, durch eine Erkrankung der Mutter, welche auf den Fötus einen Einfluss übt, alterirt wurde. Ist das nur eine einfache Hypothese? — Nein, durchaus nicht. Einige Fälle scheinen schon in diesem Sinne zu sprechen.

So erwähnt Rattier eine Beobachtung von Zahnerosion an einem Kinde, dessen Mutter im Verlaufe der Schwangerschaft einen Fall that, der von einer Hämorrhagie gefolgt war.

Des weiteren betrachten Sie diesen Mann unserer Klinik; er zeigt prachtvolle Zahnfurchen; er stammt von nicht syphilitischen Eltern her, er bot niemals die geringsten Zeichen der Eclampsie, er war während seiner Kindheit niemals ernstlich krank. Woran soll man nun diese Furchen knüpfen? Die einzige Möglichkeit, die man anführen könnte, wäre nach einer gewissenhaft aufgenommenen Anamnese die folgende:

Die Mutter war im 9. Monate ihrer Schwangerschaft von einer schweren Lebererkrankung mit langandauerndem Icterus befallen. Uebrigens glaube ich, dass es unnöthig ist, längere Zeit bei einem Punkte zu verweilen, welcher nicht bestritten wird.

Fast alle Fachgenossen, kann man sagen, sind darin einig, dass die Zahnerosionen verschiedenen Ursachen nicht specifischer Natur ihren Ursprung verdanken, oder um es besser auszudrücken: „Alle Ursachen,

[1]) Études cliniques sur l'erosion des dents, p. 6.
[2]) Unveröffentlichte Beobachtung.

welche im Stande sind, die allgemeine Ernährung zurückzuhalten und folglich auch im Besonderen die Ernährung des Zahnsystems, sind im Stande, die Erosion zu veranlassen."

II. Das, was, wie wir hier gesehen haben, gewöhnliche Krankheitsursachen hervorrufen können, ruft die Syphilis für sich allein auch hervor. Sehr häufig dient sie der Zahnerosion zum Ursprung. Dieser zweite Punkt ist derjenige, welcher uns am meisten interessirt und er ist es zum Glück, welcher sehr leicht einen vollständigen Beweis gestattet. Der pathognostische Zusammenhang der Zahnerosion mit der Syphilis geht in der That aus dem ganzen Ensemble von Betrachtungen hervor und es wird genügen, die drei hauptsächlichsten zu erwähnen:

I. Sehr häufiges Vorkommen der Syphilis bei den Eltern solcher Individuen, welche Zahnerosionen haben.

Diese Thatsache ist offen liegend, indem die klinischen Beobachtungen in dieser Beziehung ausserordentlich reichlich sind.

Wenn man hiefür erst besondere Beispiele vorbringen müsste, so könnte ich sie zu Hunderten von Hutchinson und Parrot und verschiedenen Autoren, welche sich mit dieser Frage beschäftigt haben, entlehnen, ohne von den Eällen zu sprechen, welche in der Anzahl von 130 mir meine eigene Erfahrung liefern würde. Alle diese Beobachtungen lassen sich summarisch zu Folgendem resumiren: Es findet sich ein Individuum mit Zahnerosionen; in Folge dessen steigt in einem Arzt der Verdacht, dass hereditäre Syphilis vorliege, auf. Man befragt die Eltern und dieselben gestehen eine Syphilis vor der Geburt ihres Kindes zu.

Ein Beispiel dieser Art: Ein Kind von zwölf Jahren wird mir von einem Collegen wegen einer Ulceration des Gaumensegels zugeschickt. Es ist dies ein Process, welcher ganz ohne Zweifel in Folge Zerfall eines syphilitischen Gummas zu Stande kam. Ich fand nun an den Zähnen Erosionen, deren Natur meinen Verdacht bestätigten. Ich frage den Vater des kleinen Kranken, und ich höre von ihm:

1. Dass er vor seiner Verheiratung Syphilis überstanden und dass er eine unvollständige Behandlung durchmachte;

2. dass er das Unglück hatte, seine Frau gleich in der ersten Zeit seiner Ehe mit Syphilis zu inficiren;

3. dass sein erstes Kind syphilitisch war und der Syphilis erlag;

4. dass sein zweites Kind, wegen dessen ich zu Rathe gezogen wurde, während seiner ersten Lebensmonate von verschiedenen Erscheinungen, welche für syphilitisch erklärt wurden, befallen war und behandelt und von denselben geheilt wurde.

Nun, das ist wohl ein vollständiger und probater Fall. Derartige Fälle gibt es nun unzählige. Ich wiederhole es Ihnen, diese Fälle sind gar nicht zu zählen.

II. Häufige Constatirung von Antecedentien, von Stigmaten oder noch bestehenden Zufällen der Syphilis bei Individuen, welche von Zahnerosionen befallen sind.

Untersuchen Sie eine Anzahl von Individuen, welche mit Zahnerosionen behaftet sind und sie werden nicht an allen, aber an einer bestimmten Anzahl, verschiedene Zeichen der hereditären Syphilis erkennen. Bei gewissen unter ihnen z. B. werden Sie durch eine präcise Anamnese aufgeklärt werden. Bei anderen werden Sie deutliche Spuren von specifischen Zufällen (Hautnarben, Narben an der Schleimhaut, Hornhaut-

trübungen, Gaumenperforation, Nasenabplattung, Buckelungen am Schädeldach, Knochenerkrankungen der Extremitäten etc. etc.) finden; bei anderen endlich, wie im letzten früher erwähnten Falle, werden Sie sofort durch die actuelle Constatirung unzweifelhaft syphilitischer Manifestationen aufgeklärt werden. Diese Beispiele sind gleichfalls sehr zahlreich. Die 3 folgenden welche ich zufällig herausgreife, werden als Probestück dienen.

In einer Beobachtung von Coupland sehen wir ein junges Mädchen von 13 Jahren Missbildungen der Zähne darbieten, desgleichen Trübungen der Hornhaut, endlich wird sie von Erkrankungen der Eingeweide befallen, denen sie unterliegt. Die Autopsie weist Lebergummata nach.[1])

Eine Beobachtung von Archambault bezieht sich auf ein Kind, welches von einer syphilitischen Mutter geboren wurde, und welches Kind im 3. Lebensmonate typische secundäre Erscheinungen zeigte; später erfolgte eine vollständig fehlerhafte Dentition (sägeförmige Erosionen, senkrechte Riffelungen etc.) und endlich mit 12 Jahren entstanden Exostosen an der Tibia und an den Metatarsusknochen.[2])

Ein Fall von Cheadle berichtet über missgebildete Zähne an einem Mädchen von 8 Jahren, welches an mannigfachen Erscheinungen der Syphilis wie: Keratitis, Nasenlaesionen, Nekrose des Gaumens, Rupia, Knoten im Gesichte, Auftreibungen der Tibia, Perioaeiatis der Seitenwandbeine etc. leidet.)[3])

Derartige Thatsachen, vereinigt mit anderen ähnlichen, sind gewiss beweisend.

III. Häufige Sterblichkeit der Kinder in Familien von Individuen, welche mit Zahnerosionen behaftet sind.

Sie wissen — und es ist das eine wichtige Thatsache, auf welche ich bald wieder zurückkommen werde, — dass der hereditäre Einfluss der Syphilis sich häufig durch das ausdrückt, was wir die „Ausrottung der Kinder“ nennen. Die Syphilis tödtet die Kinder, sowie es keine andere Krankheit thut, sie tödtet sie im Uterus, sie tödtet sie in ihren ersten Lebensmonaten, sie tödtet sie später. Wenn die specifische Behandlung diesen unglücklichen Einfluss der Diathese nicht corrigirt, so können mehrere Kinder ein und derselben Familie, d. h. 2, 3, 4, 5, 6 und mehrere dem hereditären Uebel, welches sie verfolgt, einen traurigen Tribut zahlen. Das ist es, was wir hier, wo so zahlreiche Katastrophen dieser Art vor unseren Augen sich ereignen, die infantile Polymortalität der syphilitischen Familien nennen.

Und nun ein merkwürdiges Zusammentreffen: Diese multiple Mortalität der Kinder trifft sich merkwürdigerweise auch in den Familien, in welchen man Zahnerosionen findet. Wenn Sie ein Kind vor sich haben, welches mit Zahnerosionen behaftet ist, und Sie gehen in den Antecedentien der Familie zurück, so werden sie häufig erfahren, dass mehrere Brüder oder Schwestern dieses Kindes in jugendlichem Alter oder vor der Geburt starben oder todt geboren wurden. Zuweilen werden Sie sogar durch die ungewohnte Sterblichkeit, welche gerade die Kinder dieser Familie betroffen hat überrascht werden. Hier folgen dafür Beweise: In der Reihe der nachfolgenden Beobachtungen, welche sich alle auf Individuen beziehen, welche Zahnerosionen haben, finden Sie die

[1]) Medic. Times, 1880.

[2]) Union medic. 1879, p. 93.

[3]) The Brit. medic. Journ. 1880, p. 204.

folgenden Zahlen für die Sterblichkeit der Kinder in der Familie angegeben:

Beobachtungen	von	Pietkiewitz [1]) . .	3	todte	Kinder	von	5
„	„	Chaboux [2]) . . .	3	„	„	„	4
„	„	Russel [3]) . . .	3	„	„	„	4
„	„	Fournier . . .	3	„	„	„	4
„	„	Stanley [4]) . . .	4	„	„	„	9
„	„	Parinaud [5]) . .	4	„	„	„	8
„	„	Rioington [6]) . .	4	„	„	„	5
„	„	Fournier . . .	5	„	„	„	9
„	„	„	5	„	„	„	8
„	„	„	5	„	„	„	8
„	„	Coupland [7]) . .	7	„	„	„	12
„	„	Fournier . . .	7	„	„	„	9
„	„	Coupland . . .	9	„	„	„	15
„	„	Lancereaux [8]) . .	9	„	„	„	12
„	„	Carré [9])	9	„	„	„	12

Welch' erschütternde Parallele. Auf der einen Seite massenhafte Sterblichkeit der Kinder in syphilitischen Familien, auf der anderen Seite massenhafte Sterblichkeit der Kinder in Familien, in denen man Zahnerosionen findet. Ist dieses Zusammenfallen nicht sehr bedeutungsvoll? Ist das nicht ein kategorischer Beweis? [10])

[1]) Früher erwähnte Beobachtung.

[2]) De certaines lésions de la region naso-pharyngienne que l'on doit rattacher à la syphilis. (Thèses de Paris, 1875, no. 430, p. 37.)

[3]) The Brit. med. Journ. 1866, t. II., p. 86.

[4]) The med. Times, 1861, t. II., p. 240.

[5]) V. Couzon, Contribution a l'étude de la kératite interstitielle. (Thèses de Paris, 1883, p. 31.

[6]) The medic. Times, 1872, t. II, p. 433.

[7]) The medic. Times, 1880.

[8]) Ouv. cité, p. 320.

[9]) France médic. 1877, p. 106.

[10]) Ich müsste in den vorausgehenden Auseinandersetzungen eine ganze Anzahl nebensächlicher Eigenthümlichkeiten mit Stillschweigen übergehen, welche dennoch eines Interesses würdig sind.

Es sei mir gestattet, wenigstens auf die wichtigsten derselben in Form einer Anmerkung hinzuweisen:

I. Man hat beobachtet, dass in syphilitischen Familien es „am häufigsten das älteste Kind oder das älteste der überlebenden Kinder ist, welches die charakteristischen Erosionen der Syphilis darbietet, während die jüngeren frei davon bleiben." Diese Thatsache findet ihre Erklärung in der nicht bestrittenen, habituellen Abnahme der hereditär-syphilitischen Infectionsfähigkeit unter dem Einfluss der Zeit und der Behandlung.

II. Immerhin gibt es Fälle, wo mehrere Kinder derselben syphilitischen Familie mit Zahnerosionen behaftet sind.

Um nur ein Beispiel zu erwähnen, hat Moon (Month. rew. of dental surg. trad. dans le Prag. dent. 1877) berichtet über eine eigenthümliche Beobachtung, wo von drei Kindern einer und derselben syphilitischen Familie zwei, eines im Alter von 16, das andere von 11 Jahren Zahnerosionen darboten. Bei Fällen solcher Art, wo mehrere Kinder ein und derselben Familie mit Zahnerosionen behaftet waren, glaubte man zu beobachten, „dass diese Laesionen an den älteren ausgesprochener sind und sich allmählig an den jüngeren abschwächen." Hutchinson (The med. Times 1861, t. II., p. 624).

III. Es kann geschehen, dass in einer syphilitischen Familie, in welcher mehrere Kinder mit Zahnerosionen behaftet sind, einzelne frei bleiben, ohne das die Immunität dieser letzteren durch einen anderen plausiblen Grund, besonders nicht durch das Gesetz der Abnahme, von dem wir gerade gesprochen haben, erklärbar wäre. In den soeben erwähnten Fällen von Moon sehen wir ein Kind von 14 Jahren mit gesunden Zähnen,

Also fassen wir zusammen: Häufige Feststellung von Syphilis bei den Eltern von Individuen, welche Zahnerosionen haben; häufiges Vorkommen von hereditärsyphilitischen Erscheinungen an denselben Individuen, Polymortalität der Kinder in den Familien, in denen sich Zahnerosionen finden.

Dies sind drei bedeutende Erwägungen, welche ganz deutlich nach meiner Meinung die pathognostische Beziehung der Zahnerosionen mit der ererbten Syphilis ergeben. Als Ergänzung zu dem, was vorausgegangen, bliebe noch eine Frage zu lösen:

In welchem Verhältnis der Häufigkeit hängen die Zahnerosionen von dem hereditärsyphilitischen Einfluss ab mit Rücksicht auf andere Ursachen, welche ihr gleichfalls zum Ursprung dienen können.

Diese Frage ist unglücklicherweise bei dem gegenwärtigen Stande unseres Wissens nicht lösbar. Alles das, was wir sagen können, ist, dass die Syphilis sicher eine sehr häufige Ursache der Zahnerosion bildet. Es erscheint mir sogar unwiderleglich, dass sie eine Hauptursache derselben ist, für sich allein wirksamer als jedwede andere. Sehen Sie in der That das, was uns heute vom ätiologischen Gesichtspunkte aus ein Auszug aus den in der Literatur vorhandenen Beobachtungen für Anhaltspunkte liefern würde. Zu Hunderten würde man Zahnerosionen specifischen Ursprungs gegen eine eigenthümlich beschränkte Anzahl von Fällen finden, welche sich auf irgend eine differente Ursprungsursache zurückführen lassen. Die Eclampsie würde gewiss für sich eine bestimmte Rolle beanspruchen, wie es Magitot und seine Anhänger verlangen. Aber im vorliegenden Falle selbst würde die Syphilis ihre Rechte verlangen. Denn die kindliche Eclampsie ist nur ein Symptom, dem in gar manchen Fällen die hereditäre Syphilis als Ursache dient. Eine grosse Anzahl syphilitischer Kinder sind mit Convulsionen behaftet, wie ich es Ihnen schon wiederholt gesagt habe. [1])

Es gibt sogar eine beträchtliche Anzahl, welche an Convulsionen starben. Daher findet sich unter den Fällen von Zahnerosionen, welche en bloc der Eclampsie zugeschrieben werden, nothwendigerweise eine gewisse Anzahl, welche thatsächlich und mit Recht der Syphilis zukommt, da dieselbe eine der häufigsten Ursachen der eclamptischen Anfälle ist. Wie es immer sei, diese Frage der relativen Häufigkeit lässt sich momentan nicht lösen, denn die Elemente einer gewissenhaften Statistik fehlen uns hiefür noch.

III. Ein letzter Punkt, welcher viel schwieriger und noch viel heiklicher ist, bleibt uns jetzt zur Discussion. Haben alle Zahnerosionen denselben semiologischen Werth? Müssen sie alle in gleichem Grade den Verdacht auf einen specifischen Ursprung erregen? Es ist unbestreitbar, dass die Syphilis alle hervorrufen kann, welche immer sie seien,

während sein älterer und sein jüngerer Bruder (und dieser ist um mehr als 3 Jahre jünger) mit charakteristischen Erosionen behaftet waren.

IV. Die Zahnerosionen, welche von der Syphilis veranlasst werden, sind dieselben übertragbar durch Heredität? — Das ist bisher noch nicht klargelegt. Die Beobachtung eines ausländischen Autors, Barraglough (The med. Tim. 1876, t. II., p. 349) spricht allerdings von zwei Brüdern, welche syphilitisch (?) waren, welche Zahnerosionen zeigten und welche 7 Kinder gehabt hätten, welche alle ähnliche und analoge Zahnerosionen hatten. Dieser sehr interessante Fall enthält aber keine genügend präcisen Details, um beweisend zu sein.

[1]) Fournier, Syvhil. et mariage.

aber es scheint nicht weniger wahr, dass sie gewisse Gattungen der Zahnerosion häufiger als wie andere erzeugt. Daraus folgt für uns, dass diese oder jene Typen für uns in Bezug auf die diagnostische Bedeutsamkeit, welche ihnen gebürt, einen Werth haben werden, den andere nicht besitzen werden. Ohne Zweifel, wenn man die Neuheit des Gegenstandes ins Auge fasst, wäre es unklug, etwas präcises und definitives in dieser Beziehung auszusagen. Dessen ungeachtet glaube ich mit der Vorsicht, zu welcher wir in einem so heiklen und so viel bestrittenen Gegenstand gezwungen sind, doch gegenwärtig die nachfolgenden Lehrsätze als einen Ausdruck der bis jetzt beobachteten Thatsachen formuliren zu können:

1. Die mit Spitzen versehenen Erosionen, die becherförmigen Errosionen oder die mit Facetten, die sägeförmige Zahnelung an den freien Rändern haben nur wenig Werth, insoferne sie ein Zeugniss für den hereditärsyphilitischen Einfluss abgeben sollen und zwar deshalb, weil man sie sehr häufig auch bei nicht hereditärsyphilitischen Kindern findet.

2. Der gestreifte Zahn mit Erosionen in Furchen (sulciforme Erosion Parrot's) hat schon etwas mehr specielles, aber man weiss, dass man sie ebenfalls und zwar mit einer gewissen Häufigkeit an Individuen beobachtet welche von ererbter Syphilis sicher frei sind.[1])

3. Die Atrophie der Spitzen des Zahnes (besonders diejenige, welche den ersten Mahlzahn betrifft, bildet das, was wir den kurzen Zahn mit Abplattung nennen) hat eine präcisere Bedeutung, weil das eine Lieblingsform der Missbildung in Folge von Syphilis ist.

4. Aber dasjenige, was das beste Zeichen bildet, dasjenige, was als ein festes, sicheres Zeichen der ererbten Syphilis hingestellt werden kann, das ist die halbmondförmige Auskerbung des freien Randes, das ist das, was man den Hutchinson'schen Zahn nennt.

Diese eigenthümliche Form der Erosion, besonders, wenn sie ihre Lieblingsstelle betrifft (nämlich die mittleren oberen Schneidezähne), ist ein Element der Diagnose von unbestreitbarem Werthe.

Werden wir mit Hutchinson sagen, dass es ein pathognomonisches Zeichen ist? Werden wir sagen, dass man allein durch diese Missbildung der mittleren oberen Schneidezähne [2]) den Einfluss der ererbten Syphilis beurkunden kann? — Nein! Ich würde nicht soweit gehen.

[1]) Ich habe selbst mehr als 50 Fälle, in welchen ich Zähne mit Furchen an erwachsenen Individuen constatirte, welche eine frische Syphilis erworben hatten. Z. B. beobachtete ich sehr schöne Erosionen dieser Art an einem jungen Manne von 25 Jahren, welcher wenige Wochen vorher einen syphilitischen Primäraffect zeigte und bei dem eine Roseola und Schleimhautpapeln etc. in Entwicklung begriffen waren. In einem Falle dieser Art trat das folgende Dilemma auf: entweder diese Zahnerosionen in Furchen sind ausschliesslich syphilitischen Ursprungs und dann liefert eine hereditäre Syphilis keine Immunität gegen eine spätere Syphilisinfection; oder die Erosionen in Furchen sind nicht ausschliesslich syphilitischer Natur. Es ist die letztere Lösung des Dilemmas, die uns von allen Gesichtspunkten aus besser annehmbar erscheint. Die Frage ist nicht einmal eine solche, welche meiner Meinung nach eine Discussion duldet.

(Es ist nicht ersichtlich, warum ein Individuum, das hereditäre Syphilis überstanden, nicht in späterer Zeit Syphilis acquiriren können sollte, da es doch zur Genüge bekannt ist, dass ein und dasselbe Individuum, wenn das erste Mal seine Syphilis geheilt ist, ein zweites Mal Syphilis acquiriren kann, wofür eine grosse Anzahl von sicheren Fällen in der Literatur bekannt ist. (Anm. des Uebersetzers.)

[2]) Hutchinson, mit dem ich über diesen Gegenstand sprach, nimmt als „specifische Zähne" nur die mittleren oberen Schneidezähne an. Für ihn wäre jede halbmond-

Und dennoch müsste ich erst einen Fall finden, in dem dieses Zeichen mich getäuscht hat. Ich müsste erst einen einzigen Fall der Zahnmissbildung, einer halbmondförmigen Kerbung des freien Randes finden, welcher sich unter einen anderen Einfluss als unter dem der hereditären Syphilis gebildet hätte, so dass ich, wenn ich mich an die Resultate meiner eigenen Beobachtung halten würde, wohl versucht wäre, die Specificität des Hutchinson'schen Zahnes zu versichern. Aber ich glaube, dass in einer so neuen Frage die Vorsicht äusserst wichtig ist und es wäre zu früh, absolute Schlussfolgerungen zu ziehen. Ich werde mich daher darauf beschränken zu sagen, was genau der Ausdruck des gegenwärtigen Standes unseres Wissens ist, nämlich: dass die halbmondförmige Kerbung von Hutchinson eine formelle Vermuthung, vielleicht sogar ein sicheres Zeichen für hereditäre Syphilis ist, dass man dem semiologischen Werthe dieser Zahnmissbildung noch keine einzige, absolut authentische, wiedersprechende Beobachtung gegenübergestellt hat. Aber dessenungeachtet, bevor man diese werthvollen Zeichen mit dem Beinamen eines Pathognomonicums belegt, bevor man es für sich allein als einen absoluten und unwiderleglichen Beweis der ererbten Syphilis betrachtet, ist es doch nothwendig für dasselbe die Bestätigung durch eine längere Erfahrung abzuwarten.

XXV.

Mikrodontismus.

Die Zahnerosion, welche uns jetzt schon durch längere Zeit beschäftigt, ist nur eine Laesion in einer ganzen Gruppe von Laesionen. Es ist daher unrichtig, wie ich Ihnen schon früher sagte, dass man einen exclusiven Charakter aus dem machen will, was man den syphilitischen Zahn nennt. In Wirklichkeit drückt sich der Einfluss der Syphilis auf das Zahnsystem durch mehrere Formen aus, von denen die Erosion nichts wie eine Gattung ist. Es gibt aber mehrere andere Gattungen,

förmige Kerbung, welche die mittleren oberen Schneidezähne betrifft, ein absolut sicheres Zeichen der hereditären Syphilis, aber diese selbe Laesion, wenn sie andere Zähne betrifft, hätte in Bezug auf die Vererbung der Syphilis keine Bedeutung mehr.

Diese Anschauung scheint mir in ihrem zweiten Punkte unannehmbar. Warum und wie soll man eine semiologische Bedeutung einer Laesion zugeben, wenn sie bestimmte Zähne betrifft, und die Bedeutung ihres Werthes ablehnen, wenn sie andere betrifft? Warum und wie soll das, was ein absolutes Zeichen der Syphilis an den mittleren oberen Schneidezähnen ist, ein todter Buchstabe auf den oberen seitlichen Schneidezähnen, oder auf den unteren Schneidezähnen oder auf den Eckzähnen sein? Um wieviel weniger ist das anzunehmen, wenn mehrere Zähne von halbmondförmigen Kerben gleichzeitig, auf dieselbe Weise und im selben Grade wie die oberen mittleren Schneidezähne versehen sind. Ich hatte gerade in der letzten Zeit an meiner Klinik einen Fall dieser Art, von dem ich die Abbildung Hutchinson zeigte, ohne dass es mir gelungen wäre, ihn dazu zu bewegen, seine Meinung zu ändern. — Es handelte sich um einen kleinen Kranken, welcher sehr schöne halbmondförmige Kerbungen des Hutchinson'schen Typus an sechs Zähnen darbot. Und zwar an den beiden oberen mittleren und an den vier unteren Schneidezähnen, und alle diese Kerbungen waren an diesen verschiedenen Zähnen identisch. Wenn man nun zugibt, dass die Syphilis in diesem Falle der Missbildung der mittleren oberen Schneidezähne zum Ursprung gedient hat, so frage ich, wie man es annehmen kann, dass sie der Missbildung fremd geblieben sei, welche gleichzeitig und identisch an anderen Zähnen auftrat; und wenn man in diesem selben Falle der Missbildung der mittleren oberen Schneidezähne einen hohen diagnostischen Werth zuschreibt, so frage ich, wie es möglich wäre, demselben pathologischen Zustande der benacbarten Zähne eine Bedeutung abzusprechen.

die nicht weniger interessant und nicht weniger wichtig in Bezug auf die retrospective Diagnose, welche uns hier beschäftigt, sind.

Diese letzteren Veränderungen sollen nun hier in unseren Auseinandersetzungen ihren Platz finden.

Die Kleinheit der Zähne, von der ich jetzt sprechen will, gehört gerade unter die Zahl der Zahnmissbildungen, welche bisher wenig beachtet und bis auf unsere Tage fast vollständig verkannt wurden. Wahrscheinlich geschah dies wegen der ausschliesslichen Aufmerksamkeit, welche man der Erosion zuwandte. Die Kleinheit der Zähne ist aber dessenungeachtet genug bekannt, man findet sie in einer ziemlich beträchtlichen Anzahl von Beobachtungen angeführt und ich für meinen Theil finde sie häufig an meinen Kranken, sei es als isolirte Erkrankung, sei es, was häufiger ist, vereint mit anderen Laesionen und anderen Zahnmissbildungen, so dass ich, ohne ihr irgend eine specielle und eigenthümliche Bedeutung beizulegen, dazu gelangte, sie als ein diagnostisches Element von Wichtigkeit und Werth zu betrachten. Der Name schon gibt die Definition. Von zwei griechischen Worten hergeleitet, μικρὸς (klein) und ὀδοῦς (Zahn) ist er der Ausdruck für einen Zahn, der durch Kleinheit seiner Proportionen anormal ist; der Mikrodontismus, ist eine Missbildung der Zähne, welche in einer angeborenen Kleinheit derselben besteht. Ein so afficirter Zahn ist in allen seinen Durchmessern verkleinert, verkleinert in seiner Höhe, seiner Breite und seiner Dicke, d. h. er ist gleichzeitig kurz, dünn und schmal. In jeder Beziehung ist es ein kleiner Zahn, ein Zahn, der in manchen Fällen winzig, verkümmert, fast rudimentär ist. Der Mikrodontismus betrifft niemals alle Zähne, wenigstens habe ich ihn noch nie so auftreten gesehen. Im Gegentheil betrifft er immer nur einzelne Zähne, während die übrigen Zähne in Bezug auf ihre Entwicklung normal sind. Zuweilen beschränkt er sich auf einen einzigen Zahn.

Die Zähne, welche er am häufigsten betrifft, sind nach der Häufigkeit geordnet: die mittleren, oberen Schneidezähne, die oberen seitlichen Schneidezähne und die mittleren unteren Schneidezähne. In einem Falle von Lanelongue betraf er die vier oberen Schneidezähne. Der Mikrodontismus hat seine Abstufungen, oder besser gesagt, er ist wie Sie sehen werden, aller Abstufungen fähig. Häufig ist er so unbedeutend, dass er bei einer oberflächlichen Untersuchung unbeachtet bleiben kann. Das war bei einem Kranken der Fall, den ich an meiner Klinik wegen hereditärsyphilitischer Zufälle in Behandlung hatte und welcher drei Zähne hatte, die beträchtlich in ihrem Volumen reducirt waren (zwei mittlere untere und ein oberer seitlicher Schneidezahn). Aber diese Reduction ist doch keine so beträchtliche, dass diese Anomalien den Beobachter beim ersten Anblick frappiren würde. Ein andermal wieder ist der Mikrodontismus deutlicher ausgesprochen. Er liefert dann eine wirkliche Difformität, welche stört, welche kaum unbeachtet bleiben könnte.

Dafür zwei Beispiele: Ein junger Mann von 18 Jahren, welcher verschiedene Manifestationen der hereditären Syphilis darbietet, zeigt folgenden eigenthümlichen Anblick: neben den drei anderen oberen Schneidezähnen, welche normal in der Form und in der Entwicklung sind, ist der linke seitliche Schneidezahn in Bezug auf sein Volumen, in allen Proportionen reducirt, er ist lächerlich klein, besonders was seine

Höhe anlangt; er hat höchstens zwei Fünftel der physiologischen Grösse, welche er hätte erlangen sollen. (Fig. 17.)

Bei einem syphilitischen Kinde von 10 Jahren, dem Sohn syphilitischer Eltern und selbst syphilitisch, haben wir folgende andere Anomalie beobachtet:

1. Mittlere obere Schneidezähne, welche einerseits eine sehr beträchtliche halbmondförmige Kerbe an ihrem freien Rande zeigen (Typus des Hutchinson'schen Zahnes), welche an ihren Ecken abgerundet und ausserdem ausserordentlich klein sind, ausserordentlich reducirt in jedem Sinne, sehr kurz, sehr schmal, sehr dünn sind. Was z. B ihren verticalen Durchmesser anlangt, so messen sie kaum die Hälfte der seitlichen Schneidezähne.

2. Der untere mittlere Schneidezahn der linken Seite hat eine quere, deutlich ausgesprochene Furche, beiläufig $^1/_2$ *mm* unterhalb des freien Randes, aber seine Grösse ist normal.

3. Die unteren medianen Schneidezähne der rechten Seite sind in allen ihren Proportionen reducirt, winzig und messen nur die halbe Höhe des gleichen Zahnes der linken Seite.

Das Gleiche könnte ich über andere Fälle, welche ich aber mit Stillschweigen übergehen will, angeben. Denn die früheren Beispiele werden ohne Zweifel genügt haben, Ihnen eine Idee der Varietät dieser Zahnmissbildung zu liefern, und Sie überzeugt haben, dass sie ein präcises klinisches Zeichen bildet, welches leicht festzustellen und von einer solchen Natur ist, um für die Diagnose ein Aequivalent der durch die Erosion ausgedrückten Missbildungen zu liefern. Aber die Kleinheit der Zähne kann noch den Grad überschreiten, den ich besprochen habe und eine solche Reduction der normalen Entwicklung der Zähne stattfinden, dass es keine Uebertreibung ist, wenn man von einer Zwergbildung der Zähne spricht. Was man in diesen Fällen sieht, das ist ein ausserordentlich kleiner, vollständig verkürzter rudimentärer, minimaler, zwerghafter Zahn (dwarf tooth der Engländer).

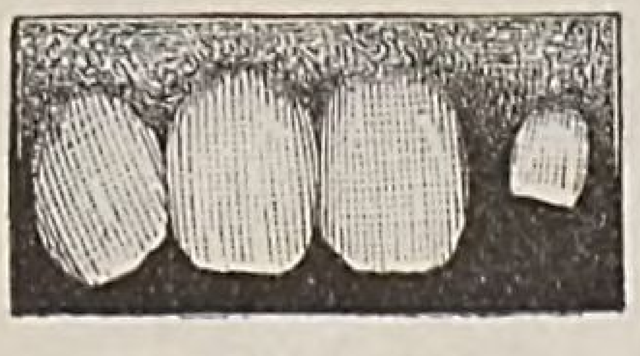


Fig. 17

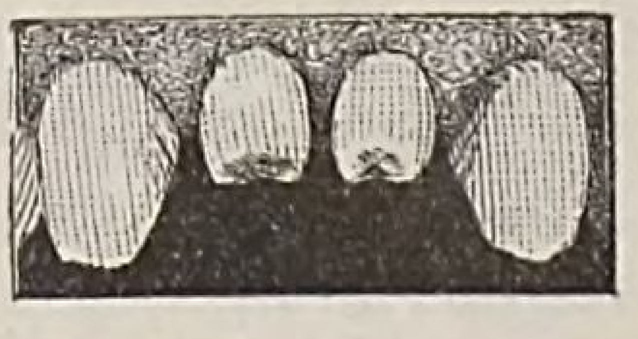


Fig. 18

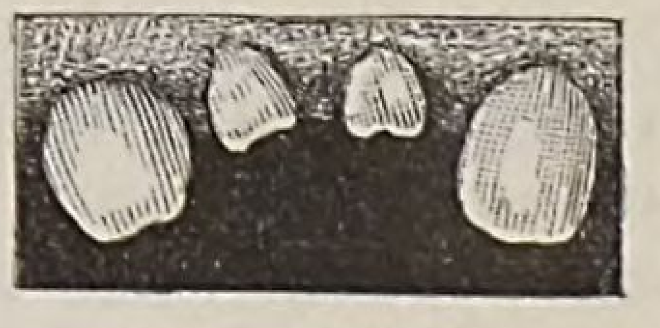


Fig. 19.

Microdontismus.

Hier sehen Sie eine Abbildung dieser Art, welche ich Hutchinson, entlehne [1]).

Sie sehen hier die beiden oberen Schneidezähne in der Gestalt zweier kleiner Zahnstümpfe, welche das Zahnfleisch kaum um 2 Linien überragen. (Fig. 19.)

Ich habe mehrere ähnliche Fälle gesehen. In einem derselben war im Besonderen ein Schneidezahn so klein, dass er kaum mehr einem Zahn ähnlich sah; man hätte sagen können, es ist eine kleine Emailvegetation, welche aus dem Zahnfleisch hervorragt. Der Kranke bezeichnete seinen Zahn selbst als Puppenzahn und ich erwähne Ihnen dies,

[1]) A Clinical Memoire on certain diseases of the eye and ear consequent on in heredited syphilis, Londres, 1863, planche II., Fig. 7.

um Ihnen eine Idee davon zu geben, wie ausserordentlich klein das Volumen dieses eigenthümlichen Zahnes war. So bizarr auf den ersten Blick dieser Modus der Einwirkung der Syphilis auf das Zahnsystem zu sein scheint, so ist derselbe nichtsdestoweniger authentisch und gehörig erwiesen. Man hat ihn öfter beobachtet und unter solchen Bedingungen, welche keinen Zweifel über den pathognostischen Zusammenhang mit dem hereditären Einfluss der Syphilis liessen. Es ist das übrigens kein isolirter Fall, welcher ohne Analogie wäre. Erinnern Sie sich an den eigenthümlichen Stillstand der Entwicklung, auf den ich Sie schon mehrmals bei der hereditären Syphilis aufmerksam gemacht habe und den wir bald zur Atrophie der Organe, wie der Testikel, des Uterus und der Ovarien bald zu einer Art allgemeinen Atrophie, welche wir unter der Bezeichnung des Infantilismus erwähnten, führen sahen. In dem hier beschriebenen, haben wir etwas ähnliches, sogar etwas identisches. Es ist eine Distrophie derselben Art, welche diesen ausserordentlich kleinen, zwerghaften Zahn erzeugt. Der Mikrodontismus ist — verzeihen Sie mir den Ausdruck — der Infantilismus der Zähne. Und dieser Mikrodontismus rührt von einer Ernährungsstörung her, welche die Entwicklung der Zähne hemmt, geradeso wie eine Ernährungsstörung desselben Organismus zuweilen die Entwicklung irgend eines anderen Systems oder die Entwicklung eines ganzen Individuums behindert.

XXVI.

Amorphismus der Zähne.

Die dritte Art und Weise, in welcher sich der Einfluss der ererbten Syphilis auf die Zähne äussert, ist der Amorphismus der Zähne. Das, was ich Zahnamorphismus nenne (von α privativum und μορφή), ist der Zustand eines Zahnes, welcher von seiner physiologischen Form abweicht, um irgend eine andere Form anzunehmen. Diese Missbildung der Zähne ist häufig und ich glaube, dass sie in Bezug auf die Häufigkeit den gleichen Rang wie die Zahnerosion einnimmt. Auch hier wie in den vorausgehenden Fällen handelt es sich nur um partielle und nicht um systematische Missbildungen, mit anderen Worten, der Amorphismus zieht nicht das Zahnsystem in allgemeiner Weise in Mitleidenschaft, nicht die oder jene Gattung von Zähnen in systematischer Weise, er betrifft nur vereinzelt den einen oder den anderen Zahn, und wenn er mehrere Zähne befällt, so ist er weit davon entfernt, immer das Gesetz der Symmetrie zu befolgen, welches ebenso constant und ebenso beachtenswerth bei der erosiven Missbildung ist. Die Varietäten, welche der Zahnamorphismus erzeugen kann, sind sehr vielfach und gestatten keine Classification. Man muss sie daher einfach aufzählen.

I. In einer ersten Gruppe figuriren die fehlerhaften Bildungen in Gestalt einfacher Abweichung vom Zahntypus. Diese Abweichung besteht darin, dass der Zahn mehr oder weniger den Charakter der Gattung, welcher er angehörte, verliert, um denjenigen einer anderen Gattung anzunehmen. So bemerkt man es z. B. mitunter, dass unsere Kranken Schneidezähne haben, welche anstatt von vorne nach hinten abgeplattet zu sein, verdickt conisch, cylindrisch erscheinen, indem sie sich der Form der Eckzähne nähern. In ähnlicher Weise können die

Eckzähne, anstatt cylindrisch von Körper und an der Spitze conisch zu sein von vorne nach hinten abgeplattet werden und mit einer horizontalen, scharfen Kaufläche versehen sein.

Ich bin in der Lage, Ihnen ein schönes Beispiel an einer unserer hereditärsyphilitischen Kranken zeigen zu können. Die Kranke hat, wie Sie sehen, sehr schöne Zähne. Man kann sich kaum regelmässigere und besser geformte, von glänzender Weisse vorstellen. Aber untersuchen Sie diese Zähne anatomisch, so werden Sie eine eigenthümliche Anomalie entdecken, welche Sie im ersten Momente nicht frappirt hat. Diese Anomalie besteht darin, dass die 4 Eckzähne ihrer Form nach, ihrem Aussehen nach Schneidezähne sind, wirkliche Schneidezähne; einestheils sind sie von vorne nach hinten abgeplattet, und geformt wie ein Meissel; andererseits enden sie, anstatt in eine Spitze zuzulaufen, mit einem horizontal schneidendem Rande geradeso wie Schneidezähne; sie sind in ihrer Form mit den Schneidezähnen in jedem Punkte identisch.

Wir haben also eine Abweichung vom Typus vor uns. Hier haben wir Eckzähne, welche morphologisch in Schneidezähne umgewandelt sind.

Hier zeige ich Ihnen eine andere Kranke, welche Sie vor einigen Monaten in unseren Krankensälen sehen konnten. Dieselbe hatte zwei obere seitliche Schneidezähne, welche sich wirklich in Eckzähne umgewandelt haben.[1])

Ich muss betonen, dass diese Umwandlung des Typus in der Regel keine so vollständige ist und ich füge sogar noch hinzu, dass das die zwei einzigen Fälle sind, in denen ich sie so vollständig gesehen habe. Aber Sie können sicher sein, dass Ihnen häufig hereditärsyphilitische Individuen unterkommen werden, bei denen die Zähne eine Modification ihres Typus durch irgend eine Anomalie besonders durch irgend eine von einer differenten Gattung entlehnte Charaktereigenthümlichkeit erlitten haben.[2])

II. Eine zweite Gruppe umfasst verschiedene Missbildungen, welche in mehrfacher Weise die Configuration gewisser Zähne betrifft und mitunter zu wirklichen Monstrositäten führt. Die Schneidezähne z. B. zeigen oft einen freien Rand von abnormaler Bildung. Ich habe wiederholte Male — die unteren Schneidezähne mit einem schiefen Rande enden gesehen, geradeso wie wenn sie mit einer Feile in einer

[1]) Diese Kranke ist 30 Jahre alt und zeigte an den beiden oberen mittleren Schneidezähnen unter anderem Spuren einer halbmondförmigen Einkerbung. Eine ihrer Schwestern, welche um 5 Jahre älter ist, war ebenfalls mit mehrfachen und typischen Zahnmissbildungen behaftet. Beide waren deutlich hereditärsyphilitisch und verdankten ihrer angeborenen Diathese verschiedene Zufälle, die sie im jugendlichen Alter betroffen hatten (Keratitis, Iritis, Gummata etc.)

Thèse de Couzon (Contribution à l'étude de la keratite interstitielle dans la syphilis hereditaire et dans la syphilis aquise. Paris, 1883.

[2]) Diese Eigenthümlichkeit wird in mehreren Beobachtungen erwähnt, in einem Falle, welchen ich dem Dr. Barthèlmy verdanke und welcher ein hereditärsyphilitisches Mädchen von 10 Jahren betrifft

„Bei diesem Kinde,“ sagt Barthèlmy, „fielen mehrere Zähne durch einen eigenthümlichen Anblick auf, den sie, besonders im Unterkiefer darboten. Sie hatten nämlich fast vollständig die Eigenthümlichkeiten ihrer Gattung verloren; die Schneidezähne glichen kleinen, platten, schmalen, spitzigen Lamellen; zwei Eckzähne waren vollständig cylindrisch und endigten mit einem abgerundeten Rande; einige Zähne waren wirklich formlos und unterschieden sich nur durch ihre Stellung. Ich glaube, wenn sie aus den Alveolen herausgenommen und auf eine Tischplatte gelegt worden wären, so hätte man nicht unterscheiden können, welcher Gattung von Zähnen sie angehören.“

geneigten Richtung abgefeilt worden wären. Ein andermal hat man es mit ausgekehlten Zähnen zu thun, d. h. sie tragen an ihrer Krone Furchen, Wülste, sei es transversal, sei es vertical gestellt, welche sie in kleine Felder trennen. Ein andermal beobachtet man an einem Zahn accessorische und überzählige Tuberositäten. So hatte einer unserer Kranken einen kleinen Mahlzahn, welcher an seiner inneren Fläche von einer Art conischen Apophyse flankirt war. Ausserdem gibt es Gestaltungen, welche fremdartig und unbezeichenbar sind; es wird das Aussehen bestimmter Zähne, wie aus den Abbildungen ersichtlich, vollständig modificirt.

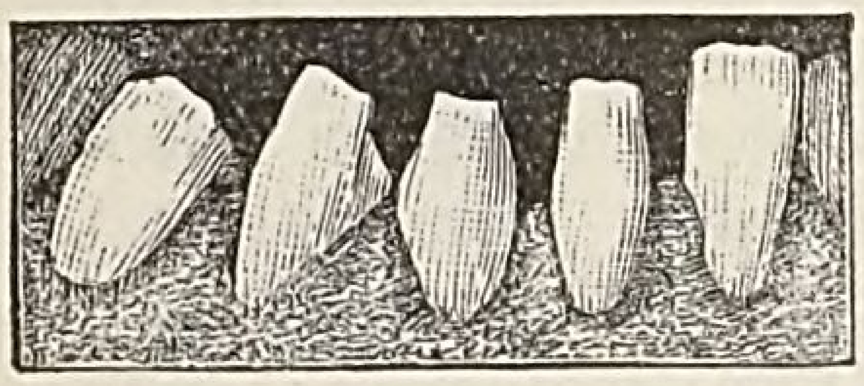


Fig. 20



Fig. 21

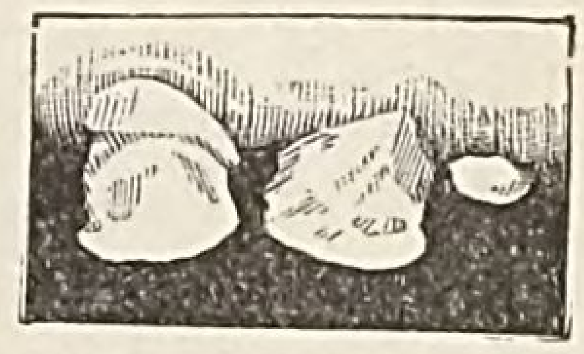


Fig. 22

Varietäten des Amorphismus.

Mitunter erscheinen die seitlichen oberen Schneidezähne in ihrem transversalen Durchmesser eigenthümlich verschmälert und im verticalen unförmlich verlängert und „besitzen eine grössere Aehnlichkeit mit Elfenbeinspitzen als mit Zähnen.“ (Hutchinson.)

Man hat gewisse Zähne klein, verkümmert, conisch, die Form von kleinen Auswüchsen annehmen gesehen.

Hutchinson hat in seinem Buche [1]) einen mittleren oberen Schneidezahn abgebildet, der gleichzeitig gekerbt und an seinem freien Rande verbreitert ist und ziemlich genau an einen „Dreispitz“ erinnert.

Eine ganz besondere Configuration besitzt diejenige Varietät, welche unter dem Namen des Pflockzahnes beschrieben wird (pegged tooth der englischen Autoren). Dieser Zahn ist an seiner Basis ganz besonders verschmälert und an seinen seitlichen Rändern, im Niveau des Zahnhalses wie ausgenagt, was bewirkt, dass er in seinem entgegengesetzten Segmente verbreitert erscheint. Man könnte sagen, der Zahn ist auf einem Pfahl eingesetzt und er bildet dann, es ist das allerdings eine etwas drastische Vergleichung, eine Art von Pflock mit schmalem Stiel und verbreiterter Spitze. Ich glaube, es ist das eine ähnliche Bildung, wie sie Parrot, als während der ersten Zahnungsperiode vorkommend, unter dem Namen Atrophie in der Form einer Hacke oder hackenförmiger Zahn,[2]) beschrieb.

Die letztere Bezeichnung ist die bessere, weil der afficierte Zahn an die Form eines eisernen Theiles der Hacke oder besser noch an die Form einer Steinhacke aus der prähistorischen Zeit erinnert. Endlich kann der Zahn in Bezug auf seine Configuration so verändert sein, dass er nicht mehr nach dem Muster irgend eines Zahnes modellirt sondern unförmig ist.

Ich habe z. B. einen jungen Mann, welcher mit hereditärer Sy-

[1]) l. c. Tafel I, Fig. 6.
[2]) Progr. medic. 1881.

philis behaftet war, gesehen, welcher einen unteren Eckzahn von bizarrem Anblick, welcher gar keinem Zahn ähnelte, hatte. Es ist das eine Art von Knochenbildung, welche sehr ungleichmässig cylindrisch, gelblich, winkelig, runzelig, abgeschliffen ist; man hätte eher gesagt, ein „Kieselstein," als ein Zahn, welcher in das Zahnfleisch eingesetzt ist.

Hutchinson hat einen Fall dieser Art beobachtet und abgebildet, wo mehrere Zähne von einer ganz ausserordentlichen Missbildung befallen waren. Sie finden die Abbildung in dem 10. Band der Transactions of the Pathological Society of London (1859).

Magitot, welcher in London die Sammlung Hutchinson's studirte, erzählt, dass er dort mehrere Typen von missbildeten Zähnen gesehen hat, welche den Anblick von difformen Stummeln von abgestutzten Kugeln dargeboten haben. Es waren morphologische Monstrositäten. [1])

Der Amorphismus der Zähne in seinen verschiedenen Varietäten coincidirt in der Regel mit einer oder der anderen der beiden früher erwähnten Missbildungen (Erosion und Mikrodontismus), mitunter sogar mit einer und der anderen. Es ist wichtig, das zu bemerken; denn eine solche Coincidenz ist bezeichnend und beweist, dass die drei Arten der Zahnanomalien in Bezug auf ihren Ursprung einen Zusammenhang haben, d. h. dass sie von ein und derselben Ursache abhängen.

Als Beispiel erinnere ich sie an einen Kranken, auf den ich schon hingewiesen habe und an welchem wir gleichzeitig constatirten:

1. typische Erosionen, besonders halbmondförmige Erosionen der mittleren oberen Schneidezähne;

2. sehr ausgesprochenen Mikrodontismus;

3. Amorphismus der Eckzähne, welche in ihrem Körper abgeplattet waren und an ihren Kauflächen schneidig und vollständigen Schneidezähnen glichen [2]).

XXVII.

Vulnerabilität der Zähne.

Im Allgemeinen kann man sagen, dass der durch die Syphilis angegriffene Zahn, welche Art der Erkrankung auch vorliegen mag, ein pathologisch gebildeter Zahn ist, welcher in sich selbst die Elemente des Zerfalles und der baldigen Zerstörung trägt. Es ist ein sehr leicht verwundbarer Zahn, d. h. ein Zahn, welcher für secundäre Degenerationsvorgänge und zwar aus verschiedenen Gründen prädestinirt ist.

Zunächst ist der syphilitische Zahn häufig ein schlecht geschützter Zahn, der den äusseren Einflüssen mehr unterliegt als wie beim normalen

[1]) Études cliniques sur l'erosion des dents, p. 12.

[2]) Ich verdanke meinem Freunde Dr. Barthélmy eine sehr schöne Beobachtung, die ein hereditärsyphilitisches Kind betrifft, bei dem sich fast alle Varietäten der Zahnerkrankung, welche die ererbte Syphilis hervorrufen kann, vereinigt fanden. Halbmondförmige Einschnitte an den mittleren oberen Schneidezähnen; Erosionen von verschiedenem Typus; Amorphismus mehrerer Zähne, welche vollständig den Charakter ihrer Gattung verloren hatten; Mikrodontismus; unregelmässige Einpflanzung mit excessiven Zwischenräumen zwischen den einzelnen Zähnen; Vulnerabilität der Zähne, welche sich durch multiple Caries ausdrückt etc.

Was gibt es Bezeichnenderes als die Coincidenz, die Vereinigung verschiedener Varietäten der Zahnerkrankung an einem und demselben Individuum von dem Gesichtspunkte aus, dass dieselben einen gemeinsamen Ursprung haben?

Zustande. Bei der Erosivform z. B. ist er im Niveau der Erkrankung nur von einer mehr oder weniger verdünnten Lage des Emails bedeckt, zuweilen ist das Email ganz abgängig und lässt dann das Dentin in einer bestimmten Ausdehnung frei liegen. Dies gibt schon eine ganze Reihe von Veranlassungen für die Vulnerabilität.

In zweiter Linie ist der erodierte Zahn nicht nur an seiner Oberfläche krank, er ist es auch in seiner Tiefe, indem er in seiner feinen Textur fehlerhaft constituirt ist. Ein Beweis dafür sind die Zonen von globulärem Dentin, welche, wie wir es vorher gesehen haben, den Zahn in seiner ganzen Dicke durchziehen. Für Magitot „ist es ein Zahn, der zusammengesetzt ist aus Antheilen, welche der Homogenität und des Gleichgewichtes in den Proportionen ihrer anatomischen und chemischen Elemente beraubt sind."

Parrot hat unter anderem festgestellt, dass das Email eines solchen Zahnes nicht nur verdünnt, sondern auch pathologisch afficirt ist, dass es sehr zerreibbar, kreidig, wenig anhaftend und brüchig ist. [1])

Bisweilen zeigt sich der syphilitische Zahn aus „unregelmässigen, lamellösen, übereinander geschichteten Lagen zusammengesetzt, welche nicht adhärent sind oder nur wenig unter einander zusammenhängen und welche die Schichtung einer Austernschale in Erinnerung bringen. Infolge dieser unregelmässigen Textur ist der Zahn geneigt, sich abzureiben, sich aufzulösen, sich abzubrechen." Diese Varietät wurde von Delestre, einem ausgezeichneten Zahnarzte, unter dem Namen des schieferartigen Zahnes (Dent schisteuse) bezeichnet.

Noch andere bizarre Formen, die in Bezug auf ihre Natur noch nicht festgestellt sind, finden sich bisweilen bei unseren Kranken.

Magitot erzählte mir, dass er bei einem hereditärsyphilitischen Individuum mehrere solche eigenthümlich veränderte Zähne gesehen habe, wie er sie bis dahin noch nicht beobachtet hatte. „Er sagte mir, es waren das grünliche Zähne, grünlich an ihrer Oberfläche und in der Tiefe, welche aus einer wenig widerstandsfähigen zerreiblichen Substanz zusammengesetzt waren, die ganz aussergewöhnlich und ihm unbekannt, auf jeden Fall aber eminent pathologisch gewesen seien."

Alle diese Anomalien, alle diese Mängel der Textur bilden offenbar für die Zähne ebensoviele Bedingungen einer verminderten Resistenz, einer unsicheren Vitalität, einer leichten Zerstörbarkeit und einer frühzeitigen Hinfälligkeit. Der syphilitische Zahn ist in der Regel secundären Degenerationen unterworfen, welche frühzeitig sein Aussehen verändern und seine Dauer abkürzen, und zwar:

1. Zeigt der syphilitische Zahn sehr häufig Laesionen in Folge von Verletzungen durch progressive Usuren, Verletzungen durch Bruch, durch Anschlagen, durch Zerbröckelung etc. In der That werden die Zahnspitzen, welche die Erosion befällt, dünner, partiell oder total des Emails beraubt, zerreibbar und wenig widerstandsfähig. Sie werden durch das Kauen abgenützt, zerbrechen und bröckeln endlich aus und gehen zu Grunde. So geschieht es, dass die kleinen Elfenbeinstumpfe, welche die Spitzen gewisser erodirter Zähne bilden, ausbröckeln, zerbrechen, und im Zeitraume von einigen Jahren verschwinden, indem

[1]) Voir aussi: Deschamps, De l'atrophie dentaire produite par la syphilis héréditaire chez l'enfant. (Thèses de Paris, 1882, no. 305.)

sie an ihrer Stelle eine ungleichmässige Bruchfläche zurücklassen, welche durch den Kauact abgeschliffen wird. Die halbmondförmige Kerbung von Hutchinson entsteht auf keine andere Weise. Wir haben gesehen, dass der Zahn, welcher bestimmt ist, später diese ganz specielle Missbildung zu zeigen, bei seinem Ursprunge einen freien Rand besitzt, welcher mit stalaktitenförmigen Querleisten, kleinen conischen Vorsprüngen und Spindeln besetzt ist. Alle diese Rauhigkeiten, Spuren des initialen, erosiven Processes verschwinden in kurzer Zeit, indem sie an ihrer Stelle eine tief gegrabene Kerbe zurücklassen, welche durch die Abnützung polirt wird. Der gleiche Mechanismus spielt sich an dem kurzen Zahne und an dem Zahne mit „glatter Kauplatte" ab. Dieser Typus, welcher sich so häufig an den ersten grossen Mahlzähnen findet, ist nur eine Folge der functionellen Abreibung der Zahnkrone, d. h. des Abbrechens und Verschwindens einer jeden erodirten Zone. Der syphilitische Zahn nimmt auch bald das Aussehen eines verkürzten und abgebrauchten Zahnes an. Es kommt nicht selten vor, dass man unter den Kranken, welche uns beschäftigen, Individuen findet, welche noch sehr jung sind und mehrere ihrer Zähne an der Spitze vollständig abgebraucht zeigen, abgebraucht, als wie wenn man sie abgefeilt hätte. Die Zähne haben ein Viertel oder ein Drittel ihrer Krone verloren und endigen mit einer glatten, ebenen, gelblichen Fläche, an welcher die entblösste Elfenbeinsubstanz erscheint. Als Beispiel will ich Ihnen eine interessante Beobachtung von Chaboux mittheilen, welche ein 13 Jahre altes Mädchen betrifft, (ich bitte das Alter zu bemerken), dessen Eckzähne und ersten grossen Mahlzähne vollständig abgenutzt waren. Die Krone der verschiedenen Zähne war fast vollständig verschwunden, so dass sie kaum den Rand des Zahnfleisches überragten. [1])

2. Die syphilitischen Zähne sind sehr häufig von Caries befallen und zwar schon von Jugend auf. Es ist das ein allgemeines Gesetz, dass die Zahncaries diejenigen Zähne mit Vorliebe befällt, welche unvollständig durch ihre Emaillage geschützt sind, indem sie an den am wenigsten vertheidigten, daher am leichtesten verletzbaren Punkten auftritt. Aus diesem Grunde muss die Erosion eine mächtige Prädisposition für die Caries bilden. Diese theoretische Voraussetzung wird durch die Beobachtung bestätigt. Die erodirten Zähne sind ausserordentlich der Caries unterworfen, welche schon in der Jugend an einer grossen Anzahl von Individuen beobachtet werden kann. [2])

3. Consequenzen: Die syphilitischen Zähne gehen sehr frühzeitig zu Grunde und verschwinden sehr früh. Für die erste Dentition zunächst ist es gar nicht selten, dass man Kinder findet, welche im Alter von 4 Jahren die Schneidezähne ganz cariös haben. Man sieht die oberen Schneidezähne theilweise schon vom zweiten oder dritten Lebensjahre ab zerstört. Dasselbe gilt für die Zähne der zweiten Zahnung. Bei der Mehrzahl unserer Kranken haben wir vom Jünglingsalter ab die Caries einer bestimmten Anzahl von Zähnen constatirt, welche von der Erosion betroffen sind. In einem weiter vorgeschrittenen Alter kommt es oft vor, dass man dieselben Zähne nur mehr im Zustande von unförmlichen Strümpfen, Strunken, wie man im Volksmunde sagt, findet. Die

[1]) Thèse citée, p. 38.
[2]) V. Magitot, Ouvrage cité.

ersten grossen Mahlzähne sind unter allen Zähnen am meisten diesen secundären Degenerationen der Erosion ausgesetzt. Sie werden sehr frühzeitig von Caries befallen und gehen vom Jünglingsalter ab zu Grunde. Es gibt allerdings einige Ausnahmen von dieser allgemeinen Regel, welche wir festgestellt haben. Bestimmte durch die Syphilis angegriffene Zähne widerstehen und erhalten sich lange Zeit. Erwähnen wir in erster Linie diejenigen, welche die Varietät darbieten, welche wir mit dem Namen der halbmondförmigen Kerbe bezeichnet haben. Man findet ziemlich häufig an Erwachsenen Hutchinson'sche Zähne, welche trotz der Kerbung, die mehr weniger tief in die Kaufläche eindringt, frei von Caries bleiben. Wir hatten auf unserer Klinik eine Frau von 57 Jahren, welche sicher mit hereditärer Syphilis behaftet war, und welche noch zwei gesunde Schneidezähne hatte, welche eine deutliche Spur einer Kerbung trugen.

XXVIII.

Das Vorausgegangene, meine Herren, umfasst die Gesammtheit der wichtigsten und häufigsten Erscheinungen, welche sich durch den Einfluss der hereditären Syphilis an den Zähnen zu erkennen geben.

Ich bin weit entfernt davon, zu glauben, dass ich den Gegenstand vollständig erschöpft habe, und ich hätte noch eine ganze Reihe interessanter Einzelheiten zu beschreiben, [1]) aber ich muss und will mich auf das Gesagte beschränken.

Um nur gerade das Nothwendigste für den Zweck, den ich verfolge, zu sagen, werde ich noch auf die drei folgenden Punkte eingehen, da es unrecht wäre, sie mit Stillschweigen zu übergehen.

I. Weisse Streifen. Das, was ich unter dem Namen des weissen Streifen beschreibe, besteht ganz einfach in folgendem:

Ein milchweisser Flecken durchläuft in der Form eines linearen Streifens horizontal die Zahnkrone. (Fig. 23.) Stellen Sie sich einen gesunden Zahn vor, auf welchen man mit dem Pinsel einen weissen Strich in horizontaler Richtung ziehen würde, und Sie haben eine genaue Idee von dem, was ich beschreiben will. Merken Sie wohl, dass es sich hier, um genau zu sprechen, um einen

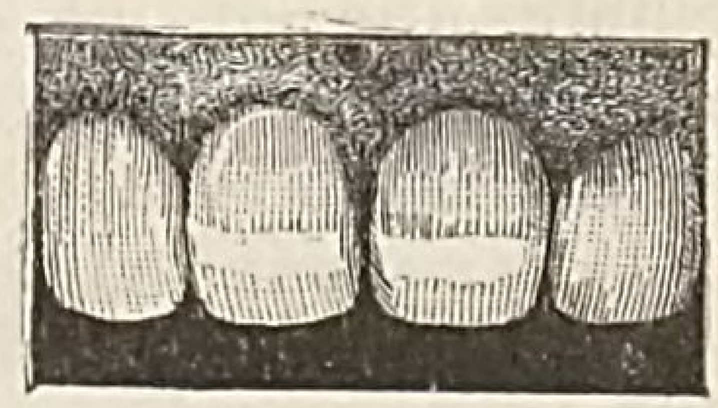


Fig. 23.
Weisse Streifen an den Schneidezähnen einer Hereditärluetischen.

[1]) Hieher würde z. B. eine interessante Abweichung der Entwicklung gehören, nämlich eine excessive Volumszunahme, eine Art krankhafter Hypertrophie bestimmter Zähne. Eine Reihe von Beobachtungen scheint dafür zu sprechen, dass die hereditäre Syphilis nicht ohne Beziehung zum Megalodontismus ist.

In einem Falle von Lailler waren die mittleren oberen Schneidezähne sehr gross, sehr voluminös, ausser Verhältniss zu den übrigen Zähnen.

Barraclough hat Fälle derselben Art beschrieben. (Medic. Tim. 1876, p. 349.) In einem dieser Fälle waren die Eckzähne enorm; in einem anderen waren die oberen Schneidezähne sehr gross und zeigten unter anderem eine sehr gut ausgebildete quere Furche in der mittleren Gegend ihrer Krone mit einer Hutchinson'schen Kerbe an ihrer Kaufläche. Ich selbst sah einen Hereditärsyphilitischen, dessen mittlere obere Schneidezähne geradezu als riesig bezeichnet werden konnten. Man weiss, dass sehr grosse Zähne nicht selten bei Idioten vorkommen. Da nun die ererbte Syphilis zuweilen zur Idiotie führt, so ist es nichts merkwürdiges, dass sie in gleicher Weise dieser Zahnmissbildung zum Ursprung dienen kann. Unter allen Umständen sind aber Fälle dieser Art noch in viel zu geringer Zahl veröffentlicht, als dass es erlaubt wäre, darüber etwas bestimmtes auszusagen.

Fleck in der Krone handelt, und nicht wie bei der Erosion um einen Substanzverlust, um eine in den Zahn eingeschnittene Rinne. Der weisse Fleck entsteht ohne Abflachung, ohne Erhabenheit, mit einem Worte, ohne Unregelmässigkeit der Oberfläche. Es ist das ganz einfach eine Zone des Zahnes, welche von den benachbarten Parthien durch ihre Färbung absticht. Diese Färbung ist eine mattweisse, milchige, kreidige, welche sehr scharf von der normalen Färbung des Zahnes absticht. Zuweilen bietet sie doch einen mehr abgeschwächten, einfach opalen Farbenton dar. Ein weiteres Charakteristicum: Der in Rede stehende Fleck bildet einen Streifen. Derselbe ist absolut quer regelmässig horizontal Er ist beiläufig $^1/_2$ bis 1 *mm* hoch. In der Breite durchläuft er die ganze Oberfläche der Zahnkrone, von einem Seitenrande bis zum andern. Er ist also, abgesehen von der fehlenden Einkerbung ein Zug für Zug ähnliche Erkrankung wie die Erosion in Gestalt einer Furche. Nur ist es ein farbiger Streifen ohne Erosion. Am häufigsten findet sich dieser Streifen an den oberen mittleren Schneidezähnen und besonders bemerkenswert und bezeichnend ist es, dass dieser weisse Streifen beide Zähne in einer ganz symmetrischen Weise betrifft, indem er im selben Niveau und in der gleichen Höhe der Zahnkrone erscheint, was noch eine weitere Analogie mit der Erosion bildet. Mit einem Wort, die weissen Streifen sind Punkt für Punkt das Pendant zu den Zahnfurchen, welche wir früher studirt haben. Wir können sagen, es ist das eine einfache Varietät. Wahrscheinlich rührt er von einem ähnlichen Process her wie die Erosion mit einem einfachen secundären Unterschied der anatomischen Constitution. Auf jeden Fall kann man keinen Zweifel über den pathogenetischen Zusammenhang mit der ererbten Syphilis haben. Ich behaupte nicht, — es hiesse das über meine Erfahrung in dieser Beziehung hinausgehen, — dass die Syphilis die einzige Ursache ist, welche diesen Fleck hervorruft.[1]) Aber ich behaupte, dass in einer Anzahl von Fällen die Syphilis ganz sicher seine Ursache ist.

Seit meine Aufmerksamkeit auf diese milchweissen Streifen gelenkt wurde, habe ich sie bei mehreren Individuen, welche mit hereditärer Syphilis behaftet waren, gefunden und unter solchen Umständen, dass es unmöglich war, sie auf irgend eine andere Ursache zu beziehen. Es ist mir sogar gelungen, die hereditäre Syphilis durch die Constatirung solcher Streifen aufzuspüren, verzeihen Sie mir dieses Wort. Als Beweis hiefür der nachfolgende Fall, den ich Ihnen, obwohl Sie selbst Zeugen des Vorfalls waren, kurz ins Gedächtniss rufen will.

Vor einigen Wochen wurde ein 19-jähriges Mädchen, wegen einer sehr ausgebreiteten, profusen Schuppenbildung an unsere Klinik gebracht. Als ich sie untersuchte, bemerkte ich zufälligerweise, (denn die früher erwähnten Erscheinungen waren durchaus nicht solcher Natur, dass ich meine Nachforschungen in dieser Richtung hätte lenken müssen), zwei sehr schöne milchweisse Streifen an den oberen Schneidezähnen.

[1]) Es braucht nicht erst gesagt zu werden, dass hier ausschliesslich von dem wirklich weissen Streifen die Rede ist, welche ich jetzt beschrieben habe und nicht von den einfachen weissen Flecken, welche so häufig an den Zähnen in Gestalt kleiner runder, ovalärer Flecken und circumscripter, zufälligerweise zerstreuter Fleckungen vorkommen. Diese letzteren haben keinerlei diagnostische Bedeutung und kommen hier gar nicht in Betracht.

Der eine wie der andere nahm in absolut symmetrischer Weise die Zahnkrone parallel ihrem oberen Rande und in der Höhe von beiläufig 1 *mm* ein. Beide bildeten einen weissen, horizontalen Streifen. Der rechtseitige war von einer kreidigen Weisse, der linkseitige war im Ton etwas abgeschwächter und hatte eine opaline Farbe. Ich war nun neugierig, wenn möglich über den Ursprung dieser Anomalie Aufschluss zu bekommen, ich frage das Individuum aus und Sie wissen, welches das Resultat war. Zunächst erfuhren wir bei den ersten Fragestellungen, dass bei unserer Kranken verdächtige Antecedentien vorlagen, nämlich zahlreiche und längere Zeit durch die erste Kindheit sich fortspinnende Eruptionen. Hartnäckige Augenschmerzen, welche allein nach ihrer Dauer zu schliessen, ziemlich beträchtlich waren. Ohrenschmerzen; Taubheit, welche fast mehr als ein Jahr dauerte etc. Ich citirte darauf die Mutter dieser Kranken ins Spital und erfuhr von ihr: 1. dass ihr Mann an Syphilis gelitten, und dass er sich zweimal verheiratet hatte; 2. dass er wahrscheinlich seine erste Frau angesteckt hatte und dass dieselbe dreimal schwanger gewesen war und dreimal abortirt hatte; 3. dass sie (die zweite Frau) von ihm die Syphilis gleich nach der Verheiratung acquirirt hatte; 4. dass sie im Jahre 1867 von Bazin wegen Schleimhautpapeln und wegen eines kupferrothen Hautausschlages behandelt wurde. (Sie sehen, dass die Details den Umständen entsprechen und sehr präcis sind.) 5. Dass sie drei Jahre später von neuen syphilitischen Zufällen im Munde betroffen worden war, und endlich, dass von 6 Kindern, die sie von ihrem Manne hatte, 4, darunter 3 kurze Zeit nach der Geburt starben.

Mit einem Wort die authentischeste Syphilis von Seite des Vaters und der Mutter unserer Kranken, Syphilis, welche durch die kategorischesten Belege erhärtet ist, und andererseits erwiesene Vererbung bei unserer Kranken durch die Reihe der Antecedentien, welche wir am häufigsten in solchen Fällen treffen. Welche Zeichen hatten mir nun diese Vererbung der Syphilis, welche keine andere Krankheitsäusserung verrieth, momentan klar gemacht? Welcher Wegweiser führte mich dazu, sie zu vermuthen, sie zu erforschen und sie zu entdecken? — Die weissen Furchen der oberen Schneidezähne. Nichts anderes, ich wiederhole es noch einmal, hatte meine Aufmerksamkeit auf die Syphilis gelenkt. Das beweist, welchen diagnostischen Dienst ein so kleiner weisslicher Streifen geben kann.

II. Ziemlich häufig kann man bei Hereditärsyphilitischen unregelmässige Einpflanzung der Zähne oder Unregelmässigkeiten der Stellung zu einander an verschiedenen Zähnen beobachten. Die Unregelmässigkeiten der Einpflanzung bestehen darin, dass bestimmte Zähne aus den Alveolen in einer falschen Richtung ausgehen, und sich bald wie um ihre Achse gedreht, bald schief hineingeneigt zeigen. Dies Anomalie ist sicher eine ziemlich häufige. Das, was sie Interessantes darbietet, ist nur die Häufigkeit, mit der sie bei unserem Kranken vorkommt. Eine dieser Varietäten hat aber etwas einigermassen Specielles. So bieten die oberen mittleren Schneidezähne, welche mit der halbmondförmigen Kerbung versehen sind, sehr häufig „eine convergirende Schiefheit,“ welche, wie Sie wissen, ein Attribut des Hutchinson'schen Zahnes ist.

In zweiter Linie stehen die syphilitischen Zähne zuweilen in einer ganz eigenthümlichen Art weit auseinander, d. h. es sind die einen von

den anderen durch beträchtliche leere Zwischenräume getrennt, welche förmliche Lücken in der Zahnreihe bilden.

An einer Reihe von Kranken sind die Schneidezähne, besonders die des Unterkiefers weit von einander abstehend und in gleicher Weise von den Eckzähnen abstehend. Das gibt der Physiognomie einen anmuthslosen und alten Ausdruck. Die interstitiellen Zwischenräume in der Zahnreihe kommen nicht immer dadurch zu Stande, dass die Zähne, in ihrem Volumen mehr oder weniger reducirt, entsprechend ihrer Kleinheit Zwischenräume zwischen sich lassen. Sie haben viel häufiger ihren Ursprung in einem fehlerhaften Abstande der Alveolen, d. h. in einer Missbildung der Knochen, welche, ich muss es gestehen, anatomisch noch nicht studirt ist. Die Knochen also stehen damit in Zusammenhang und wir werden sehen, dass sie thatsächlich ihren Antheil an einer Reihe verschiedener Zahnanomalien haben.

III. Aber nicht nur die Zähne allein werden durch die ererbte Syphilis angegriffen; auch die Kiefer unterliegen zuweilen ihrem Einflusse. So findet man häufig bei Kindern, welche von syphilitischen Eltern abstammen, die Kiefer krank.

Parrot, welcher diese specielle Frage studirte und ergründete, hat wiederholt Erkrankungen der Knochen mit verschiedenen Missbildungen der Zähne coincidiren gesehen. Er stellte sogar als Princip auf, „dass die am meisten kranken, mit Osteophyten bedeckten Kiefer diejenigen sind, welche die am meisten afficirten Zähne enthalten.[1])

Und mehrere Abbildungen seiner schönen Sammlung bestätigen im vollen Masse seine Aussage.

Auch andere Autoren erwähnen die Erkrankung der Kiefer bei hereditärer Syphilis.

Hutchinson z. B. sah an einem Kinde eine Knochenerkrankung des Alveolarfortsatzes zuerst eine eiternde Schwellung des Zahnfleisches hervorrufen, dann die Abstossung von vier Schneidezähnen und endlich den Abgang eines grossen Sequesters, welcher ein beträchtliches Stück des Zahnfortsatzes bildete.[2])

In einem anderen Falle, der von demselben Autor berichtet wird, wurde die Krone des mittleren oberen Schneidezahnes durch eine eitrige Periostitis abgestossen.[3])

Dessgleichen sind gewisse Anomalien oder bestimmte Wachsthumshemmungen des Zahnfortsatzes, welche man zuweilen bei hereditär syphilitischen Individuen findet, auf Erkrankungen derselben Art zurückzuführen.

Als Beispiel zeige ich Ihnen diesen jungen Mann, welcher mit verschiedenen Zufällen der hereditären Syphilis behaftet gleichzeitig mit sehr ausgesprochenen Zahnmissbildungen, eine eigenthümliche merkwürdige Disposition des Unterkiefers zeigt. Anstatt dass sich der Unterkiefer unter den Oberkiefer hineinlegt, wenn der Mund geschlossen ist, steht er vor und schliesst in seiner rechten Hälfte die obere Zahnarcade ein.

Eine andere Thatsache, welche öfters zur Beobachtung gelangt, besteht in der Missbildung der oberen Zahnarcade im Niveau des Seg-

[1]) Progrès. medic. 1881.
[2]) Transactions of the Pathological Society of London 1858, t. IX.
[3]) The Brit. med. Journal 1879, t. II., p. 989.

mentes, welches den Schneide- und Eckzähnen entspricht. Diese Arcade zeigt sich dabei in Bezug auf ihre Höhe unvollständig entwickelt, so dass, wenn der Mund geschlossen ist, die Schneidezähne der beiden Kiefer sich nicht bedecken, mitunter nicht einmal berühren.

Moon erwähnt der mangelhaften Entwicklung der Höhe des Oberkiefers, als einer Eigenthümlichkeit, welche sich nicht selten bei hereditärsyphilitischen Individuen findet.[1])

Desgleichen erwähnt Lanelongue die Beobachtung eines Hereditärsyphilitischen, bei welchem der Vorsprung des Oberkiefers kaum entwickelt war. Endlich glaube ich, dass man noch berechtigt ist, andere, seltenere Anomalien, wie z. B. die permanente Abwesenheit bestimmter Zähne auf die Knocherkrankungen zurückzuführen. Sie werden in mehreren Beobachtungen erwähnt finden, dass der oder jener Zahn, sei es ein Schneide- oder ein Eckzahn, niemals gewachsen ist. Zuweilen, — das ist aber nur ausnahmsweise, — fehlen mehrere Zähne symmetrisch.

An einem 12 Jahre alten hereditärsyphilitischen Kinde, wegen dessen ich neulich zu Rathe gezogen wurde, waren die oberen mittleren Schneidezähne nicht zu Tage getreten und war man genöthigt, diese seltsame Difformität durch falsche Zähne zu verbergen. Manche Individuen zeigen einen grossen leeren Raum zwischen den Eckzähnen und dem ersten Mahlzahn im Unterkiefer. Nach Parrot wäre diese Anomalie das Resultat eines wirklichen atrophischen Processes des Kiefers.

XXIX.

Welches ist nun die diagnostische Bedeutung aller dieser Anomalien, aller dieser Zahnmissbildungen, von denen ich bis jetzt gesprochen habe? — In dieser Beziehung werde ich nur zu wiederholen haben, was ich in Bezug auf die Erosion im Besonderen gesagt habe.

1. Dass der Mikrodontismus, der Amorphismus der Zähne, die milchweissen Streifen und alle Unregelmässigkeiten in der Anordnung und Structur, welche uns bisher beschäftigten, in nichts pathognomonische Zeichen der hereditären Syphilis bilden. Keines dieser Zeichen ist an und für sich genügend, um den syphilitischen Ursprung zu erweisen, und zwar aus einem sehr einfachen, aber auch unumstösslichen Grunde. Alle diese Laesionen können sich nämlich unabhängig von dem Einflusse der hereditären Syphilis finden.

Dass die Krankheitsursachen, welche nicht syphilitischer Natur sind und welche diese verschiedenen Laesionen bedingen können, noch zum grössten Theile unbekannt sind, das ist nicht zweifelhaft. Aber was liegt daran; diese Ursachen existieren nichtsdestoweniger und es wird ein Tag kommen, wo man sie genau kennen wird. Bemerken Sie wohl, dass es sich in der That um banale Ursachen handelt, welche ersichtlich von Ernährungsstörungen und von einem Stillstand der Entwicklung herrühren. Und wer könnte glauben, dass eine Ernährungsstörung oder ein Stillstand der Entwicklung, ein Process, der so häufig vorkommt, nur ausschliesslich und allein von der Syphilis abhängen könnte?

[1]) Travail cité, Progrès dentaire, 1877.

2. Aber, wenn das einmal angenommen ist, so bleibt es nicht weniger sicher, dass einerseits die Syphilis im Stande ist, solchen Laesionen als Ursprung dienen zu können, und andererseits ist sie eine der häufigsten Ursachen, welche sie hervorrufen kann. Das ist es in der That, was aus der klinischen Beobachtung hervorgeht. Und ich muss sagen, dass wenn man einen Kranken mit den früher erwähnten Zahnmissbildungen sieht, immer grosse Wahrscheinlichkeit vorhanden ist, dass man in seinen Antecedentien hereditäre Syphilis findet.

Und deshalb will ich nur diese einzige Schlussfolgerung machen: Es sind diese Zahnmissbildungen in hervorragender Weise dazu geeignet, den Verdacht auf hereditäre Syphilis zu erwecken, und unsere klinischen Nachforschungen in diesem Sinne zu lenken. Sie beweisen nicht sicher für sich allein das Bestehen der Syphilis, aber sie lassen sie uns immer vermuthen. Sie öffnen den diagnostischen Weg, und es ist Sache des Arztes, durch eine genaue Untersuchung des Kranken, durch eine minutiöse Analyse der Antecedentien es klarzulegen, ob der durch diese speciellen Zeichen entstandene Verdacht durch das klinische Ensemble gerechtfertigt wird oder nicht.

Dies, meine Herren, ist die diagnostische Bedeutung dieser Zahnanomalien, und verlangen Sie nichts mehr von ihnen. Hüten Sie sich wohl, ihren Werth zu überschätzen, wie es einige unserer Fachgenossen thun, welche nicht davor zurückscheuen, sie als pathognomonische Zeichen hinzustellen, als einen authentischen Beweis der hereditären Syphilis etc. Das sind kühne und nicht gerechtfertigte Behauptungen; es sind das Uebertreibungen, welche geeignet sind, eine gute Sache zu compromitiren. Ein Vergleich wird Ihnen die richtige Idee davon geben können, was Sie in Bezug auf Semiologie von den in Rede stehenden Zahnanomalien zu erwarten haben.

Das Seitenstechen ist sicherlich kein pathognomonisches Zeichen der Rippenfellentzündung, und zwar deshalb, weil dasselbe von einer ganzen Reihe anderer wohlbekannter Erkrankungen herrühren kann. Das hindert aber doch nicht, dass das Seitenstechen ein Symptom der Rippenfellentzündung ist, und hindert auch nicht, dass es eines der häufigsten Zeichen ist, welches für den Arzt einen Fingerzeig liefern wird, seine Aufmerksamkeit auf eine Rippenfellerkrankung zu richten.

Also, meine Herren, betrachten Sie in gleicher Weise die Zahnmissbildungen. Auch sie sprechen in keiner speciellen und ausschliesslichen Weise für die hereditäre Syphilis. Aber sie sind sehr häufig Aeusserungen derselben und besonders bilden sie Zeichen, welche geeignet sind den Verdacht zu erregen, eine „diagnostische Spur für einen Weg zu eröffnen," welcher ohne sie nicht beschritten worden wäre.

Benützen wir sie also in dem Maasse, in dem sie uns dienen können, ohne ihren Werth zu übertreiben und nehmen wir sie als das, was sie wirklich sind, als semiologische Zeichen, welche geeignet sind, eine nützliche Stütze für eine retrospective Diagnose der hereditären Syphilis zu geben und noch mehr geeignet sind, die Aufmerksamkeit des Arztes auf sie zu lenken. Sie verdienen in dieser Beziehung für uns ein Interesse ersten Ranges und ich hoffe, dass das in ihren Augen die langen Auseinandersetzungen rechtfertigen wird, welche ich in dieser Beziehung zu liefern für nothwendig hielt.

XXX.
Erkrankungen der Hoden.

I. Es ist heutzutage nach einer grossen Anzahl von authentischen Beobachtungen sichergestellt, dass der Hoden durch die hereditäre Syphilis afficirt werden kann und zwar zuweilen schon während der frühesten Jugend. So ereignet es sich, dass man hereditärsyphilitische Kinder im Alter von einigen Jahren, von einigen Monaten, selbst von einigen Wochen diejenigen typischen Erscheinungen darbieten sah, welche bei Erwachsenen unter dem Namen der Albuginitis oder Sarkokele syphilitica bekannt ist.

Sie haben davon erst jüngst zwei schöne Beispiele in unserer Klinik gesehen. Ein Knabe von drei Monaten und einer von fünf Wochen zeigten gleichzeitig mit verschiedenen anderen syphilitischen Erscheinungen an der Haut, der Schleimhaut und an den Knochen Veränderungen am Hoden, welche durch eine ovoide Schwellung der Samendrüse mit ganz charakteristischer holzartiger Verhärtung ausgezeichnet waren. In beiden Fällen hat die rasche und vollständige, durch eine antisyphilitische Behandlung erzielte Heilung die Specificität der Erkrankung erwiesen. Die Sarkokele syphilitica kann also die Folge der ererbten Syphilis sein. Dies ist, ich wiederhole es nochmals, nicht mehr zweifelhaft und ist seit der ausgezeichneten, diesem Gegenstande gewidmeten Arbeit Hutinels allgemein angenommen.[1])

Diese Sarkokele in Folge hereditärer Syphilis, wie sie bei jungen Kindern auftritt, zeigt dieselbe Entwicklung und dieselbe Endigung, wie die Sarkokele in Folge erworbener Syphilis bei Erwachsenen, d. h. wenn sie behandelt wird, kommt es zur Rückbildung und Heilung. Sie heilt sogar nach dem, was ich bis jetzt gesehen habe, auf eine ganz eigenthümliche und rasche Art unter dem Einflusse der gemischten Behandlung. Aber es muss auch gesagt werden, dass wenn sie nicht behandelt wird, sie ebenso wie bei Erwachsenen zu einer fibrosclerosen Degeneration der Samendrüse und endlich zu einer mehr oder weniger vollständigen Atrophie führt, welche bisweilen eine vollständige ist. Bemerken Sie nur wohl, dass bei Kindern diese Erkrankung sehr leicht übersehen wird und in Folge dessen nicht behandelt wird, wenn sie ohne irgendwelche andere in die Augen fallende Erscheinungen auftritt und zwar kann dies aus verschiedenen Gründen geschehen. Weil sie absolut schmerzlos ist, weil sie nie eine wesentliche Volumsvergrösserung herbeiführt und weil man fast niemals und zwar mit Unrecht die Hoden jugendlicher Individuen, „Organe, welche im Warten begriffen sind, Drüsen ohne Function,“ wie Hutchinson sagt, untersucht. Was geschieht also? — Wenn die Erkrankung nicht behandelt wird, so erfolgt Degeneration, welche zur Atrophie des Hoden, oder sagen wir besser, beider Hoden führt. Denn wenn nicht immer, so findet man doch gewöhnlich die Sarkokele in Folge hereditärer Syphilis beiderseitig und symmetrisch. Es ist auch gar nicht selten, dass man in einem vorgeschrittenen Alter die Spuren und Ueberreste dieser Erkrankung nachweisen kann und

[1]) Étude sur les lesions syphilitiques du testicule chez les jeunes enfants, Revue mensuelle de med. et de chir. 1878, p. 107.

das, was man dann beobachtet, ist Folgendes: Die Hoden sind klein, bisweilen ganz merkwürdig klein, in ihrem Volumen einem Taubenei, einer Olive oder einer Haselnuss vergleichbar. Die Hoden sind hart, und zwar von einer ganz eigenthümlichen Härte. Sie fühlen sich wie fibrös an, in einzelnen Fällen sogar wie holzig. (Bei einem unserer Kranken hätte man geglaubt, kleine knorpelige Massen zu tasten.) Die Hoden sind bisweilen in ihrer Form verändert, unregelmässig, zuweilen knotig oder mit knötchenförmigen Tuberositäten bedeckt. Und alles dies, meine Herren, entsteht ohne dass man irgend eine Geschichte des vorausgegangenen Krankheitsprocesses durch die Anamnese erfahren könnte. (Merken Sie wohl diese negativen Details!) Alle diese Veränderungen entstehen ohne Antecedentien einer Hodenentzündung, ohne Trauma, ohne locale Zufälle. Befragen Sie die Kranken oder ihre Eltern über den Ursprung, über die Geschichte der Erkrankung, so werden Sie gewöhnlich keinerlei Auskunft darüber erhalten. Die Eltern werden Ihnen sagen, dass sie nichts bemerkt haben, was die Kranken anlangt, so wissen sie nicht, wie und wann diese Veränderung aufgetreten, sie haben sich immer so gekannt, wie sie jetzt sind, oft haben sie sogar keine Ahnung von der Erkrankung, von der sie befallen sind, indem sie niemals durch dieselbe irgend etwas gelitten und auch niemals etwas davon gemerkt haben. Was aus diesen Feststellungen für die Degeneration, die uns beschäftigt, abzuleiten ist, haben Sie sofort verstanden, meine Herren. Denn einerseits hat diese sclerosirende Atrophie des Hodens die Charaktere einer specifischen Laesion und andererseits schränkt die geringe Anzahl der Hodenaffectionen, welchen das Kindes- und Jünglingsalter unterworfen ist, das Feld der Diagnose wesentlich ein. Ich kenne nur die Hodenentzündung in Folge von Parotitis und in Folge von Trauma, welche zu ähnlichen Atrophien des Organs führen können. Aber die Geschwülste der Ohrspeicheldrüse und die Verletzungen des Hodensackes haben ihre Geschichte, eine pathologische Vergangenheit, etwas was gerade bei der Sarkokele in Folge hereditärer Syphilis fehlt, so dass ohne von anderen Zeichen zu sprechen die Frage der Degeneration am häufigsten durch die Antecedentien beantwortet ist. Wir können also sagen, dass die Hodenentzündung mit Difformation und sclerosirender Härte der Samendrüse ein diagnostisches Merkmal von hohem Werthe für die retrospectative Diagnose der hereditären Syphilis ist.

II. In anderen viel selteneren Fällen können Sie — aber wohl verstanden nur bei Individuen eines gewissen Alters — eine relative Atrophie oder um richtiger zu sagen, einen Mangel der Entwicklung des Hodens constatiren. Sie werden dann kleinere Hoden finden, welche mit Rücksicht auf das Alter klein erscheinen, aber nicht difformirt sind und keine krankhafte Härte zeigen. Man würde sagen, kindliche Hoden an jungen Leuten oder an Erwachsenen. Dies ist aber nicht mehr wie in den vorhergehenden Fällen das Resultat eines früheren pathologischen Processes, sondern der reine Ausdruck einer mangelhaften Entwicklung oder des Stillstandes derselben. Diese kleinen, rudimentären Hoden, welche aber regelmässig in ihrer Form und frei von einer krankhaften Verhärtung sind, finden sich fast immer in Coincidenz mit anderen distrophischen Erscheinungen derselben Art, besonders bei Individuen, welche an einem allgemeinen Stillstand der Entwicklung, welcher den Infantilismus bildet, leiden.

So ist es, um ein Beispiel zu erwähnen, in einer Beobachtung Poyet's. Wir sehen einen Stillstand der Entwicklung der Hoden sich mit verschiedenen gewöhnlichen Eigenthümlichkeiten, welche den Infantilismus bilden, vergesellschaften. Es handelt sich in diesem Falle um einen jungen Menschen von 16 Jahren, welcher von syphilitischen Eltern geboren ist und der in seiner Kindheit zweifellos hereditär syphilitische Erscheinungen dargeboten hat. Nun hatte dieser junge Mann einerseits in Folge seiner kleinen Gestalt und der Gracilität seiner Formen ein ganz kindliches Aussehen, so dass man ihn ganz gut für ein Kind von 10 oder 11 Jahren hätte halten können. Andererseits war sein Penis nicht entwickelt, sondern so wie der eines Individuums von 7 oder 8 Jahren und hatte er Hoden, welche nicht grösser als wie eine Bohne waren. Bemerken wir übrigens noch, dass neben dieser mangelhaften Entwicklung der Geschlechtstheile seine Stimme scharf schreiend, wie die eines kleinen Kindes war.

XXXI.

Vergrösserung der Drüsen.

Meine Herren! Ich habe vor Ihnen die 9 semiologischen Gruppen entwickelt, in welchen ich versucht habe, die Haupteigenthümlichkeiten einzutheilen, welche zur retrospectiven Diagnose der ererbten Syphilis beitragen können. Gewiss, diese 9 Gruppen sind weit davon entfernt, alle Elemente, welche zum Aufbau dieser Diagnose dienen können, zu enthalten. Aber sie enthalten wenigstens das Wichtigste in dieser Beziehung und das, was am häufigsten in der Praxis vorkommt. Wenn ich alles hätte sagen wollen, wenn ich mir die Aufgabe gestellt hätte, ohne etwas auszulassen, alle klinischen Zeichen zu erwähnen, welche auf den Gegenstand unserer Auseinandersetzungen Bezug haben, so hätte ich gewiss verschiedene Zeichen dem vorausgegangenen Expose hinzufügen können. Aber ich musste mich beschränken, in der Furcht, dass die Ueberfülle der Details Sie die Hauptzüge des Bildes aus den Augen verlieren liesse. Auf alle Fälle kann ich diesen Gegenstand nicht verlassen, ohne Ihnen noch einige Krankheitserscheinungen vorzuführen, welche, obwohl seltener, nichtsdestoweniger ein reelles Interesse für den Gesichtspunkt, von dem wir unsere Studien verfolgen haben. So werden Sie bei Individuen, welche mit hereditärer Syphilis behaftet sind, mehr oder weniger beträchtliche Drüsenschwellungen finden. Diese Drüsenschwellungen können an verschiedenen Stellen vorkommen. Am häufigsten werden die Drüsen der seitlichen Halsgegend befallen. Bisweilen die Leiste und die Achselhöhle, zuweilen noch die Bauchhöhle. Sie setzen sich aus mehrfachen Drüsen von ovoider Form zusammen, welche fest, beweglich und mehr oder weniger voluminös sind. Es ist nicht selten, dass, wenn sie ein beträchtliches Volumen erlangt haben, sie für das Gesicht wie für den Tastsinn wahrnehmbar werden. Es sind das auf kaltem Wege entstandene schmerzlose Drüsenschwellungen von eminent langsamer Entwicklung und chronischer Dauer. Als ein Beispiel dieser Art lassen sie mich Ihnen eine schöne Beobachtung von Rivington mittheilen. Dieselbe betraf ein 16 Jahre altes Mädchen, die Tochter eines syphilitischen Vaters und einer syphilitischen Mutter, welche an sich die authentischesten

BAYERISCHE STAATS-BIBLIOTHEK MUENCHEN

Zeichen der ererbten Syphilis trug. Unter anderen Erscheinungen zeigt diese Kranke multiple Drüsenhypertrophien, welche die Achselhöhle und die Leistengegend einnahmen. Am Halse namentlich bildeten diese Drüsen Geschwulste und zwar auf jeder Seite, zusammenfliessende, rosenkranzförmige Geschwülste, welche vom Niveau des Ohres beginnend bis zum Schlüsselbein hinabreichten. Sie hatten, merken Sie sich das wohl, begonnen, als das Mädchen 2 Jahre alt war und die Drüsenschwellungen bestanden noch 14 Jahre später, in ihrer vollen Entwicklung zur Zeit als Rivington den Zustand der Kranken beschrieb. [1])

Immerhin, so interessant als Erkrankungen diese Drüsenschwellungen sein können, so ist es doch weit davon entfernt, dass sie ein differential diagnostisches Moment bilden und zwar deshalb, weil es allgemein bekannt ist, und Jedermann weiss es ja, dass man Drüsenhypertrophien dieser Art an Scrophulosen oder selbst an einfach lymphatischen, anämischen und zarten Individuen finden kann. Ich würde sagen, dass diese Drüsenschwellungen, welche auf kaltem Wege und chronisch entstehen, eine wirkliche Fehlerquelle schaffen in Folge der Tendenz, welche die Mehrzahl der Aerzte hat, indem sie diese Laesionen viel eher als Zeichen der Scrophulose als solche der Syphilis gelten lassen. Es ist sehr schwer, sagte ganz richtig Hutchinson, unsere Aerzte davon zu überzeugen, dass Drüsenschwellungen dieser Art etwas anderes sein können als Scrophulose, so sehr sind sie von dem Vorurtheil durchdrungen, dass die Drüsenschwellungen in unlöslicher Weise mit der Scrophulose verbunden sind. [2])

XXXII.

Gelenkserkrankungen.

Andere Male werden Sie chronische Gelenkserkrankungen constatiren, die letzten Consequenzen von mehr oder weniger alten Gelenkserkrankungen.

Die zwei Typen, welche am häufigsten zur Beobachtung kommen, sind die folgenden:

1. Chronische Hydarthrosen, welche besonders die Kniee in massiger und beträchtlicherer Weise befallen und ohne Entzündungserscheinungen und schmerzlos einhergehen. In Folge des chronischen Verlaufes führen sie am häufigsten zu dem Zustande der „tolerirten und latenten Laesion.“ Die Kranken gelangen endlich dahin, sich nicht mehr darüber zu beunruhigen, nicht mehr die Heilung anzustreben und zwar, wie sie sagen, weil sie nicht leiden, weil sie daran gewohnt sind und weil sie die Sache nicht mehr genirt.

Als Beispiel sehen Sie hier einen kleinen Kranken der Klinik. Es ist das, wie Sie wissen, ein sicherer Fall von hereditärer Syphilis, der eine ganze Reihe von specifischen Erscheinungen darbietet. Dieser gegenwärtig 17 Jahre alte Bursche ist seit seiner Kindheit mit einer beide Kniee betreffenden Hydarthrose behaftet. Dieselbe bildet noch heute beträchtliche Gelenksschwellungen und sind in deutlichster Weise mit chro-

[1]) The med. Times., 19. Oct. 1872, p. 433.

[2]) The med. Times., 11. Sept. 1858.

nischen Verdickungen des periarticulären fibrösen Gewebes complicirt. Aber sie verursachen keine Schmerzen und behindern beim Gehen nicht wesentlich, so dass der Kranke daran gewöhnt ist und an diese Erkrankung nach seiner eigenen Aussage gar nicht denkt. Sie wissen, dass er uns auf die Erkrankung seiner Kniee nicht aufmerksam gemacht hat, sondern dass wir dieselbe bei der genauen Aufnahme des Kranken entdeckten.

2. Difformirende Gelenkserkrankungen.

Unter dieser schlechten Bezeichnung, — welche ich, da ich keine bessere dafür geben kann, gebrauche, — verstehen wir gewisse Krankheitszustände der Gelenke, welche sich an unseren Kranken durch folgendes klinisches Bild ausdrücken: allgemeine und partielle Difformation der erkrankten Gelenke, abnorme Vorsprünge der Gelenksenden, welche entweder eine massive Schwellung oder isolirte Tuberositäten in Form von überzähligen Apophysen oder Osteophyten zeigen. Schmerzlosigkeit des Gelenkes stellt sich mit der Zeit ein, aber mit mehr oder weniger lautem Krachen bei den activen und passiven Bewegungen des Gelenkes; häufig ist die Bewegungsfähigkeit beschränkt sei es in einer oder mehreren Richtungen. Bisweilen ist die fehlerhafte Stellung der Extremität permanent geworden; bisweilen, aber selten, tritt Stillstand des Wachsthums und relative Atrophie der Extremität ein.

Sie werden ein completes Beispiel dieser difformirenden Gelenkserkrankung an dem Kranken finden, welcher auf Bett Nr. 18 im Saale St. Louis liegt Es ist dies ein Individuum mit hereditärer Lues, welches seit seiner Geburt bis zu seinem 18. Jahre, welches er jetzt vollendete, von verschiedenen Manifestationen der ihm angeborenen Diathese verfolgt wurde. Unter anderen Zufällen wurde er im Alter von 5 oder 6 Jahren von chronischen Gelenkserkrankungen im rechten Ellbogen und Schultergelenke befallen. Untersuchen Sie heute diese Gelenke und Sie werden das Folgende finden:

1. Der Kopf des Oberarmknochens ist deutlich atrophirt und gleichzeitig findet sich am Halse desselben eine grosse osteophytische Tuberosität.

2. Besonders das Ellbogengelenk ist beträchtlich difformirt, so dass man im ersten Momente glauben könnte, eine Verrenkung vor sich zu haben. Einerseits sieht man einen sehr umfangreichen Vorsprung (den man leicht füs das Olecranon halten könnte, der aber nichts anderes als das hypertrophische Köpfchen des Radius ist), welcher namentlich nach rückwärts an der hinteren Fläche des Armes vorsteht als wie wenn man es mit einer Luxation der Knochen des Vorderarmes zu thun hätte; und andererseits erscheint die untere Extremität des Humerus in ihrer Form und in ihrem Umfange alterirt durch die Gegenwart zweier grosser, osteophytischer Sprossen, von denen der eine hinter, der andere ober der Epitrochlea sitzt. Trotz dieser Affection ist das Gelenk schmerzlos. Aber der Vorderarm ist in einer fehlerhaften Stellung, ankylosirt in halber Pronation und lässt sich nur unvollständig strecken. Ziemlich beträchtliches Krachen begleitet die Bewegung, welche man mit dem Radiusköpfchen ausführt und spricht für eine beträchtliche Knorpelerkrankung. Ausserdem ist die ganze Extremität, besonders in ihrem oberen Antheile wesentlich in der Entwicklung zurückgeblieben. Es ist die Extremität um 6 *cm* kürzer als die der entgegengesetzten Seite und der

Humerus selbst erscheint in seiner Diaphyse atrophirt. Auf alle Fälle ist die Circumferenz des Armes um beiläufig 2 *cm* geringer als die des anderen. [1])

[1]) Die Beschreibung dieser interessanten Erkrankung wurde durch Herrn Méricamp gegeben in der Arbeit: Contribution à l'étude des enthropathies syphilitiques tertiaires. Thèses de Paris, 1882.

Artropathien: Die obere Extremität ist besonders bemerkenswerth: 1. wegen der Erkrankung des Ellbogens und 2. wegen des Stillstandes im Wachsthum.

Der Ellbogen ist auffallend difformirt, so dass man im ersten Momente an eine Luxation denken könnte. Er bildet nach rückwärts einen beträchtlichen Vorsprung, welcher auffallend die hintere Fläche des Ellbogens überragt. Dieser Vorsprung ist kubisch und überdeckt von einem anderen kleineren Vorsprunge, welcher sich von dem ersten unterscheidet und den man sehr deutlich während der Beugung im Gelenke sieht. Der kubische Vorsprung ist keineswegs durch das Olecranon gebildet, sondern durch das Köpfchen des Radius. Die Dimensionen desselben sind bedeutend. Es ist dasselbe beiläufig 2½ *cm* breit und 1½ *cm* hoch. Seine Form ist nicht wesentlich alterirt und erinnert, die Dimensionen ausgenommen, an ein normales Radiusköpfchen. Dasselbe ist weder luxirt noch subluxirt; denn wenn es auch leicht ist, die Radiohumeral-Mittellinie abzuschätzen, so ist es doch unmöglich, den radialen Vorsprung zu fühlen. Was das Olecranon anlangt, so hat es seinen Platz innen und zeigt normalen Charakter. Aber der Vorsprung, welcher durch das Radiusköpfchen gebildet wird, bewirkt, dass das Olecranon wie versteckt ist und dass man es suchen muss. Das untere Ende des Humerus seinerseits ist deutlich verändert. Es ist leicht, den Epicondylus und die Epitrochlea durchzufühlen. Aber über der Epitrochlea an dem inneren Rande des Humerus ist ein conischer Vorsprung, welcher deutlicher accentuirt ist als wie die Epitrochlea. Etwas weiter nach innen und oberhalb des Radiusköpfchens etwa über der Interlinea Radiohumeralis ist ein anderer knöcherner Vorsprung. Dieser ist weniger conisch als der erste, breiter und ausgedehnter. Er hat beiläufig einen Durchmesser von 1 *cm*. Er ist es, welcher oberhalb des Radiusreliefs das zweite Relief bildet, welches wir schon bei der Beugestellung des Gelenkes erwähnt haben. Das Gelenk ist schmerzlos, die Bewegungen im Gelenke sind leicht, aber wenn man strecken will, so wird man bei 160° beiläufig plötzlich aufgehalten wie durch eine Pumpenklappe. Der Kranke hält seine Extremität in halber Beugung und in einer mittleren Stellung zwischen Pronation und Supination. Diese halbe Pronation wird constant eingehalten und lässt sich nicht verbessern; es besteht in dieser Stellung eine Ankylose, höchstens kann man einige Drehbewegungen mit dem Radiusköpfchen machen. Diese sind von einem Krachen begleitet, welches man bei Beugebewegungen im Gelenke nicht beobachtete. Die rechte obere Extremität ist nicht nur durch die Erkrankung des Ellbogengelenkes auffällig (Artropathie, welche charakterisirt ist durch Osteophytenbildung, welche die Bewegung im Radio-Humeralgelenke behindert, aber fast auffallend das Cubito-Humeralgelenk frei gelassen), sondern auch durch die ungenügende Entwicklung, welche die ganze Extremität erreichte. Die ganze Extremität ist deutlich in ihrem Wachsthum zurückgeblieben und contrastirt durch ihre Gracilität mit dem Volumen des Ellbogengelenkes. Sie ist um 6 *cm* kürzer als die Extremität der entgegengesetzten Seite, namentlich am Oberarm macht sich der Stillstand in der Entwicklung bemerkbar. Der Oberarm fällt durch die totale Verkürzung um 4½ *cm* auf, während der Vorderarm und die Hand nur mit 1½ *cm* daran betheiligt sind. Während der Vorderam dieselbe Circumferenz wie der der entgegengesetzten Seite hat, ist der Oberarm um 1½ *cm* dünner als der der entgegengesetzten Seite. Die Atrophie betrifft also namentlich den Humerus in seiner Länge und Dicke. Der Humeruskopf selbst ist atrophirt. In Folge dieser Atrophie ergibt sich eine Uebertreibung der unteracromialen Depression, eine Depression welche im ersten Momente an eine Luxation im Schultergelenk denken lässt. Wenn man Bewegungen im Schultergelenk macht, so besteht vollständig freie Beweglichkeit, die Bewegungen rufen keine Schmerzen, aber ein deutliches Krachen hervor. Die Gelenksfläche ist daher alterirt. Aber hier besteht noch eine Osteophytenbildung. An der äusseren Fläche des Oberarmkopfes findet sich ein pyramidaler Vorsprung, welcher den Deltoides emporwölbt und convex macht. Obwohl man in Folge der humeralen Atrophie und der subacromialen Depression eine Abflachung constatiren können sollte Die rechte obere Extremität ist viel weniger stark als die linke. Aber diese ist auch nicht vollkommen intact. Der Ellbogen ist gleichfalls etwas ergriffen. Wenn er auch alle Bewegungen ausführen kann, so ist er dessenungeachtet doch missgebildet. Bei der Streckung der oberen Extremität bildet er statt eines stumpfen, nach aussen offenen Winkels einen stumpfen, nach innen offenen Winkel. Endlich findet man über dem Epicondylus einen Vorsprung, welcher durch die Vergrösserung des Radiuskopfes zu Stande kommt.

Gelenkserkrankungen dieser Art mit mehr oder weniger beträchtlichen Difformitäten der Gelenksenden finden sich häufig bei Hereditärsyphilitischen. Was sind nun diese Erkrankungen? Es sind einfache Reste, Ueberbleibsel von alten Krankheitsprocessen, welche im jugendlichen Alter die Gelenke und die Knochen befallen haben. Sie wissen ja, dass die infantile Syphilis sich sehr häufig durch Osteophytenproduction ausdrückt und nicht allein an der Diaphyse, sondern auch an der Epiphyse der langen Knochen. Diese Osteophyten sind nach Parrot einer der häufigsten und charakteristischesten Ausdrücke der ererbten Diathese.

Andererseits beobachtet man nicht selten unter denselben Bedingungen Gelenkserkrankungen verschiedener Art. Es handelt sich entweder um eine epiphysäre, plastische Schwellung, welche wieder aufgesaugt werden kann (Pseudotumor albus syphiliticus) oder es entwickelt sich eine purulente Arthritis, welche mit Desorganisation und fast unvermeidlicher Zerstörung der Gelenke verbunden ist.

Ich führe Ihnen aus vielen zwei Beispiele vor, welche mir zufälligerweise gerade in Erinnerung kommen:

Knaak hat ein Kind von 14 Jahren beobachtet, welches von syphilitischen Eltern stammt und bei dem eine sehr beträchtliche Schwellung beider Ellbogengelenke in Form eines Tumor albus bestand. Diese Erkrankung heilte unter dem Einfluss der specifischen Behandlung.

Bei der Autopsie eines jungen syphilitischen Kindes fand Bargioni [1]) unter anderen Erkrankungen ein Ellbogengelenk mit Eiter gefüllt, die Knorpel erodirt etc.

Ich für meinen Theil habe in meinen Aufzeichnungen eine Reihe ähnlicher Beobachtungen. Die Erkrankungen dieser Art sind derartig, dass sie sicher, wenn die Kranken am Leben bleiben, Spuren ihres einstigen Bestandes an den Gelenken zurücklassen. Es besteht kein Zweifel, dass sie die Ursache der difformirenden Gelenkserkrankungen sind, welche wir bisweilen an unseren Hereditärsyphilitischen in einem vorgeschrittenen Alter finden.

XXXIII.

Stillstand in der geistigen Entwicklung.

Eine seltenere Folge der ererbten Syphilis ist der wirkliche Stillstand der geistigen Entwicklung. Es ist heute eine feststehende — obwohl wenig gekannte — Thatsache, dass die Abkömmlinge von syphilitischen Individuen zuweilen von einem Verfall der Intelligenz betroffen sind. Thatsächlich erzeugt die hereditäre Syphilis zuweilen geistig beschränkte, mitunter sogar idiotische Kinder. Das wird uns nicht in Erstaunen setzen. Einestheils ist es ja ganz natürlich, dass die Syphilis auf die Intelligenz durch specifische Krankheitserscheinungen wirkt, welche sie in dem Gehirn im jugendlichen Alter erzeugt. Andererseits ist es feststehend, dass durch einfache Störung der Ernährung des Gehirns bei syphilitischen Kindern die geistige Entwicklung beeinträchtigt werden kann. Es sind dies Störungen, welche denjenigen analog sind, welche die hereditäre Syphilis häufig in verschiedenen Organen hervorruft,

[1]) V. Wiltshire Brit. med. Journ. 1878, p. 732.

wie wir es in dem Vorausgegangenen geschildert wurde. So wird durch die pathologische Anatomie erwiesen, dass der Einfluss der hereditären Diathese im Stande ist, die Entwicklung des Gehirns zu hemmen, indem er die unter dem Namen „Steatose des cerebralen Reticulums“ bekannte Erkrankung hervorruft. Diese Laesion wurde mehreremale von Wegner, von Parrot und anderen Beobachtern beschrieben. Sie existirt unleugbar. Es ist nicht nothwendig hervorzuheben, dass sie nichts Specifisches an sich hat. Man beobachtet sie ebenso bei kachektischen, wie bei syphilitischen Individuen und man erkennt einfach als Ursache eine tiefe Ernährungsstörung specifischer oder gewöhnlicher Natur. Es ist sogar wahrscheinlich, dass bei syphilitischen Kindern sie sich nur unter dem Titel einer gewöhnlichen Consequenz der Schwächung des Organismus, des allgemeinen Verfalles, welcher dem ganzen Wesen durch die Infection des Keims aufgedrückt wird, entwickelt. Was immer auch die Modalität, das „Warum“ und „Wie“ des Phänomens sei, klinisch beobachtet man eine unvollständige Entwicklung oder gar keine Entwicklung der geistigen Fähigkeiten. Beim ersten Grade hat man es zu thun mit Individuen, die beschränkt, einfältig, stumpfsinnig, albern sind, mit unzureichendem Intellect. Es sind das Individuen, welche die meiste Zeit physische und psychische Entwicklungsbehinderungen durchgemacht haben. Sie haben spät ihre Zähne bekommen, sie fingen spät zu gehen an, sie sind nur langsam und mühselig gewachsen, ausserdem haben sie spät zu sprechen angefangen. Dazu haben sie Lesen und Schreiben, namentlich aber Lesen mit einer eigenthümlichen Schwierigkeit gelernt. Ihr Gedächtnis hat sich immer als mangelhaft und widerspenstig gezeigt. Im späteren Alter sind sie schlechte Schüler geworden, mit geringer Intelligenz, schlecht begabt, den Typus bildend, welchen man höflich als zurückgebliebene Kinder bezeichnet; und so sind sie auch später geblieben, mit geistigen Fähigkeiten, welche tief unter dem Durchschnitte stehen. Die Fälle dieser Art sind selten und es kommt häufiger vor, — soweit ich das nach der geringen Anzahl von Fällen, die ich zu beobachten Gelegenheit hatte, beurtheilen kann, — dass der Einfluss der ererbten Syphilis sich durch einen ausgesprocheneren Verfall der geistigen Fähigkeiten ausdrückt, eines Verfalls, der zum Idiotismus führt oder zu einem Zustande, der demselben nahe kommt. Bei dem zweiten Grade ist der Stillstand der Entwicklung der Intelligenz sozusagen ein absoluter, definitiver und unheilbarer.

Einige Beobachtungen dieser Art wurden schon von verschiedenen Autoren, namentlich von Critchett, Hutchinson, H. Jakson, Mercier etc. citirt. M. Parrot sagte mir, dass er mehrere ähnliche Fälle gesehen habe, welche ihm sehr auffällig waren. Ich selbst habe fünf gesehen.[1])

[1]) Diese Vorlesung hatte ich schon gehalten, als ich erst Kenntnis von einer sehr interessanten und wichtigen Arbeit, welche in dem englischen Journal Brain im April 1883 durch Dr. Bury unter dem Titel: „De l'influence de la syphilis hereditaire sur le devellopement de l'idiotie et de la demence“ veröffentlicht wurde, erhielt.

Das was unseren gegenwärtigen Gegenstand betrifft, sind die Conclusionen dieser Arbeit mit denjenigen übereinstimmend, welche ich gemacht habe. Der Autor gibt, so wie ich zu, dass die geistigen Fähigkeiten in ihrer Entwicklung durch den Einfluss der ererbten Syphilis gehemmt werden können. Was den Mechanismus dieses Einflusses anbelangt, glaubt ihn Bury folgenderweise erklären zu können.

Die Entwicklung des Gehirns kann auf mehrere Weisen gehemmt werden:

1. Durch die Verdickung der Schädelknochen in Folge einer specifischen Osteitis;

Alle diese Fälle sind im Grunde identisch, und lassen sich auf Folgendes resumiren: Ein Kind wird von syphilitischen Eltern gezeugt und zeigt irgendwelche specifische Erscheinungen, von denen es geheilt wird. Später entwickelt sich das Kind geistig nicht. Es scheint kaum fähig etwas aufzufassen, es spricht nicht, es bleibt widerspenstig gegen allen Unterrichts- und Cultivirungsversuche. Mit zunehmendem Alter ändern sich die Sachen kaum und man hat das traurige Bild eines Geschöpfes, welches fast vollständig seiner Intelligenz beraubt ist, automatisch, maschinenhaft dahinlebt, und einige elementare Worte zu seiner Disposition hat. Ein solches Kind versteht fast nichts oder gar nichts von dem, was man ihm sagt. Wenn sich sein Leben nicht darauf beschränkt, nur zu essen, zu trinken und zu schlafen, so schränkt es sich wenigstens auf eine Reihe von instinctiven Handlungen, welche, ohne ersichtlichen Zweck sind, auf ein Gehen und Kommen, ohne verfolgbare Absicht, auf kindische Beschäftigungen, auf ungeschickte Unterhaltungen, auf Unvernünftigkeiten aller Art ein. Ich will hier nicht von vorübergehenden Zwischenfällen, wie Zornausbrüchen, Schreien, Gesticulationen, Wuthanfällen plötzlichen Antrieben, welche brutal, mitunter übelthäterisch sind, allen möglichen verschiedenen Manifestationen dieser Art, welche das symptopathologische Bild des Blödsinns und der Idiotie bilden, sprechen. Wir müssen noch hinzufügen, dass nicht selten mit dieser geistigen Degradation gewisse Bewegungsstörungen, wie Unsicherheit der Bewegungen, Ungeschicklichkeit der Hände, vorübergehendes Zittern, Störungen im Gleichgewicht, Schwäche in den Beinen, Schwäche aller vier Extremitäten, ein Zustand allgemeiner Muskelparese etc. gepaart sind.

Ich sah in der letzten Zeit einen Fall dieser Art an einem 13-jährigen Mädchen, dessen Mutter 15 Jahre früher von mir wegen verschiedener syphilitischer Zufälle behandelt worden war; einerseits ist dieses Kind taubstumm, andererseits ist es blöd; wenigstens beschränken sich die geistigen Aeusserungen, die man beobachten kann, auf das Folgende: Ein nichtssagendes Lächeln für ihre Mutter oder einige Personen ihrer Umgebung, einige Wünsche der Genäschigkeit und der Koketterie; Gefühle der Zuneigung, der Traurigkeit, der Befriedigung, welche meist nicht motivirt sind, oder Zorn- und Schreckanfälle etc.; endlich zeigte das Mädchen einen Zustand allgemeiner Muskelparese. So kann sie sich nicht auf den Beinen halten, sie hebt nicht einmal ihre Füsse, um zu gehen, wenn man sie aufstellt oder unter den Achseln fasst. Wenn sie sitzt, so knickt sie in sich selbst zusammen, besonders nach der Seite. Der Kopf zittert und fällt zuweilen auf die Schulter wie der Kopf eines Cadavers. Die Hände, welche am wenigsten afficirt erscheinen, ergreifen die Gegenstände mit einer ausserordentlichen Ungeschicklichkeit und halten sie mehr convulsivisch als sicher. Sie sind wie auf den Vorderarm subluxirt und führen ihre Bewegungen nur mit eigenthümlichen Stellungen aus, indem sie sich winden und drehen oder sich auf die merkwürdigste Weise zusammenziehen.

2. durch eine chronische Meningitis, welche häufig durch eine Periostitis veranlasst wird;

3. noch häufiger durch eine Sclerosirung mit Atresie der Gehirnaterien.

Mehrere Beobachtungen, fügt der Autor hinzu, haben die Existenz dieser arteriellen Erkrankung bei syphilitischen Kindern erwiesen und hierin ist nach aller Wahrscheinlichkeit der häufigste Ursprung der Gehirnatrophie in Folge der hereditären Syphilis zu suchen.

Aber ich kürze das Exposé der Erscheinungen dieser Art ab, weil es eine zu lange Ausführung verlangen würde, wenn ich es Ihnen vollständig beschreiben wollte. Für den Augenblick beschränke ich mich darauf, Ihnen die geistigen Störungen als Elemente des diagnostischen Bildes mitzutheilen, welches ich zu entwerfen trachte.

XXXIV.

Bisher, meine Herren, sprach ich Ihnen in dieser diagnostischen Revue nur von Krankheitserscheinungen, welche man bei der Krankenuntersuchung findet. Aber die Symptome dieser Art sind nicht die einzigen, welche wir zu Rathe ziehen können. Es gibt noch andere, welche den vorausgehenden an klinischer Wichtigkeit nichts nachgeben. Diese müssen uns jetzt beschäftigen.

Häufigkeit der Sterblichkeit der Kinder in syphilitischen Familien.

Eine sehr wichtige Aufklärung für die Diagnose der speciellen Erkrankung, welche wir studiren, erwächst oft durch die Anamnese. Wenn wir den Kranken oder die Personen ihrer Umgebung fragen, so wird man beiläufig folgendes hören können: dass die Mutter eines solchen Kranken eine bestimmte Anzahl von Schwangerschaften durchgemacht hat, und dass mehrere dieser Schwangerschaften vor der Zeit durch Abortus, durch frühzeitige Entbindung zu Ende gegangen sind, oder dass als Erfolg derselben todte Kinder geboren wurden, oder dass die lebend geborenen in sehr jungem Alter starben. Ich sage also, dass diese Auskunft allein für die Diagnose, die Sie zu machen haben, eine grosse Wichtigkeit besitzt, — eine grosse Wichtigkeit — wegen der Bedeutsamkeit, welche sich an dieselbe knüpft. Ich sage, dass diese Auskunft allein für Sie nicht einen Beweis der Syphilis bildet, (denn es ist nicht die Syphilis allein, die die Weiber abortiren macht und die Kinder im jugendlichen Alter tödtet), aber es ist eine Vermuthung und zwar eine sehr starke Vermuthung zu Gunsten einer syphilitischen Infection als wahrscheinlichen Ursprung dieser häufigen Fehlgeburten und dieser häufigen Todesfälle im jugendlichen Alter der Kinder. Man kann es ruhig sagen, dass die Syphilis von allen Krankheiten diejenige ist, welche am häufigsten zum Abortus führt und am häufigsten die Kinder in sehr jugendlichem Alter tödtet.

Dieser Lehrsatz, meine Herren, ist von grosser Wichtigkeit und ich muss ihn aus zwei Gründen erhärten:

1. Weil es sich um eine wichtige Thatsache an und für sich handelt, und

2. weil es sich um eine Thatsache handelt, welche ihre Anwendung sofort für den Gegenstand unserer Unterredungen finden wird.

Aus der klinischen und der täglichen Erfahrung ist es unbestreitbar, dass der Einfluss der ererbten Syphilis sich an den Kindern auf eine schrecklich und tödtliche Weise äussert. Es ist das ein Resultat, welches nicht hunderte, sondern tausende von Beobachtungen zeigen würden. Es ist jetzt mehrere Jahre, dass ich meine persönliche Statistik über

diesen Gegenstand mit Rücksicht auf eine andere Frage, welche ich damals studirte, nämlich die Folgen der Heirat der Syphilitischen [1]) veröffentlichte.

Die Zahlen, zu welchen ich gelangt war, gaben ein sehr trauriges Resultat; um Sie Ihnen mit wenigen Worten ins Gedächtnis zurückzurufen, will ich sie hier zusammenfassen:

1. In der Privatpraxis beobachtete ich 2 Todesfälle auf 3 Geburten in syphilitischen Familien;

2. in der Spitalpraxis 145 Todesfälle auf 167 Kinder, welche von syphilitischen Müttern abstammten, d. h. 1 Kind blieb von 7 bis 8 Kindern am Leben.

Als aproximative Mittelzahl ergab sich, dass von 5 Kindern 4 in Folge der Syphilis starben und ein einziges am Leben blieb. Diese Zahlen, es ist wahr, finden, obwohl sie mit anderen Statistiken übereinstimmen, nicht vor allen Augen Gnade. Einzelne unserer Fachgenossen hielten sie für übertrieben, man sagte mir, dass ich die Sache zu schwarz ansehe, dass die Syphilis für Kinder weniger tödtlich sei als ich es behaupte. Hätte ich etwa die Zahlen übertrieben? War ich vielleicht ein Opfer einer Reihe von Unglücksfällen geworden, wie man in der statistischen Sprache sagt? — Ich würde es ja ganz gerne glauben, aber ich kann es unmöglich. Denn die Resultate, welche mir meine früheren Erfahrungen geliefert haben, sind wesentlich übereinstimmend gewesen mit denjenigen, welche ich eben ausspreche. Uebrigens wollte ich dieser Frage näher treten und prüfte die Resultate einiger Collegen und ich will nun mittheilen, was ich in dieser Beziehung fand. Jedesmal, wenn ich bei meinen Studien eine Beobachtung fand, welche auf unseren speciellen Gegenstand Bezug hatte, so schrieb ich sie sehr gewissenhaft auf und verzeichnete in einem dazu angelegten Register die Angaben über die Sterblichkeit der Kinder. So brachte ich eine Statistik zusammen, welche ich die Statistik der „ganzen Welt" (mich ausgenommen) nennen möchte und welche Statistik anzugreifen wohl Niemand das Recht haben dürfte. Wenn ich nun diese heute schon beträchtliche Statistik zu Rathe ziehe, so finde ich Folgendes:

491 Schwangerschaften, welche in syphilitischen Familien beobachtet wurden, (in welchen entweder Vater und Mutter oder nur der Vater oder nur die Mutter syphilitisch war) ergaben 109 lebende Kinder und 382 todte. Mit anderen Worten: 491 Kinder wurden von syphilitischen Eltern gezeugt und von dieser Anzahl blieben 109 am Leben 382 starben. In Procenten ausgedrückt starben 77 Kinder von 100. Wenn also auch diese Zahl geringer ist als die von mir angegebene, so ist die Differenz doch nur ein Bruchtheil und sie stimmt viel eher mit der meinigen überein als sie ihr widerstreitet. Und ohne übrigens auf der Ziffernfrage weiter zu bestehen, so sehen Sie, dass wenn ich auch die letztere, etwas günstigere Statistik annehme, so drückt sich doch der Einfluss der hereditären Syphilis an den Kindern in einer solchen Weise aus, die ich abermals eine unglückliche nennen muss, nämlich durch eine sehr beträchtliche Sterblichkeit.

Analysiren wir diese Statistik, so werden wir noch zwei andere Thatsachen leicht finden, welche nicht weniger interessant für die Klinik als auch für den Gegenstand, der uns beschäftigt, sind. Wir werden sehen

[1]) V. Syphilis et mariage, pages 56, 72 e. s.

1. dass die Kinder, welche von syphilitischen Eltern herstammen, sehr häufig absterben, bevor sie geboren werden;

2. dass die Kinder, welche von Syphilitischen herstammen, sehr häufig frühzeitig zu Grunde gehen, d. h. kurze Zeit nach ihrer Geburt sterben.

I. Was den ersten Punkt anlangt, herrscht heutzutage eine allgemeine Uebereinstimmung. Nach der allgemeinen Anschauung ist die Syphilis eine Krankheit, welche sehr häufig zum Abortus prädisponirt und zwar in allen Alternativen, welche sich darbieten können:

1. Wenn der Vater allein syphilitisch ist,

2. wenn die Mutter allein syphilitisch ist,

3. besonders aber wenn beide Erzeuger, Mutter und Vater von Syphilis ergriffen sind.

Ich werde keine Beispiele anführen, die Thatsache ist notorisch. Es kann sogar geschehen — und das ist sehr häufig der Fall — dass der Einfluss der Diathese sich auf mehrere Schwangerschaften erstreckt und in sehr häufigen Aborten, durch eine Serie von Fehlgeburten ihren Ausdruck findet. So sah man gesunde Frauen, welche mit syphilitischen Männern verheiratet waren, 2, 3, 4mal hintereinander abortiren.

Eine meiner Klientinen, die frei von Syphilis war, aber mit einem schon von früher her syphilitischen Manne verheiratet war, hat viermal abortirt, solange ihr Mann nicht daran dachte, sich behandeln zu lassen. Später, nachdem ihr Mann endlich darein gewilligt hatte, sich behandeln zu lassen, gebar sie 4 Kinder, welche noch heute alle leben.

Behrend erwähnt eine Frau, bei welcher unter den gleichen Verhältnissen sieben Schwangerschaften mit Abortus endeten. Ebenso — und noch häufiger — sah man syphilitische Weiber (welche mit gesunden Männern oder mit syphilitischen Männern verheiratet waren, es spielt das eine geringere Rolle) mehrmals hintereinander abortiren, d. h. um genauer zu sein, 2, 3, 4, 5, 6, 7mal bis 11mal. Ich will Ihnen jetzt Beispiele dieser Art mittheilen.

Eine Dame aus meiner Klientel, jung, kräftig gebaut, wird während der ersten Zeit ihrer Ehe von ihrem Manne syphilitisch. Sie wird 4mal in 3 Jahren schwanger und abortirt 4mal.

Eine Kranke meiner Klientel, die ebenfalls von ihrem Manne angesteckt worden war, wurde 6mal schwanger und alle 6 Schwangerschaften endigten mit Abortus während des ersten 3., 4, oder 5. Monates der Schwangerschaft.

Grefberg berichtet über eine syphilitische Frau, welche, obgleich sie mit einem gesunden Manne verheiratet war, 11mal in 10 Jahren abortirte, und später zur rechten Zeit ein mit Syphilis behaftetes Kind gebar.

Aber ich kenne keinen beweisenderen Fall als den nachfolgenden, welcher uns zeigt, dass ein Ehepaar vor der Erkrankung an Syphilis gesunde Kinder zeugte, nach der Infection aber nur mehr todte Kinder zur Welt kommen sah. Ein junges Ehepaar hatte zunächst drei schöne kräftige Kinder. Der Mann acquirirte Syphilis, mit der er seine Frau inficirte. Diese selbe Frau wurde später 7mal schwanger, das Resultat dieser 7 Schwangerschaften waren 3 Aborte und 4 frühzeitige Entbindungen mit todten Kindern. [1])

II. Was den zweiten Punkt anlangt, so ist er gleichfalls erwiesen.

[1]) Leçons sur la syphilis, 2. edit. p. 733.

Es ist bekannt, dass Kinder, welche von syphilitischen Eltern abstammen, in beträchtlicher Anzahl zu Grunde gehen und zwar besonders im jugendlichen Alter. Die Syphilis ist namentlich für junge Individuen tödtlich. Man findet häufig syphilitische Familien, in denen 2, 3, 4, 5, 6 Kinder sehr jung gestorben sind, d. h. in den ersten Lebensmonaten, oder in den ersten Wochen oder in den ersten Tagen. In einem Falle von Erasmus Wilson starben 5 von syphilitischen Eltern abstammende Kinder mit Ausnahme von einem in den ersten Monaten.

In einer Beobachtung von Pileur starben 5 Kinder und zwar alle unter 6 Wochen.

Wenn wir die letzte Statistik, von der wir gerade gesprochen, zu-Rathe ziehen, so werden wir das Folgende finden: von den 382 Todesfällen, die sie enthält, sind 372, welche sich auf Abortus beziehen oder auf todtgeborne Kinder oder auf Kinder, welche während des ersten Lebensjahres zu Grunde gingen und in der Mehrzahl der Fälle in den ersten Wochen oder in den ersten Monaten gestorben waren. Nur 10 Todesfälle, (10 auf 382; sehen Sie, welches Verhältniss) erfolgten nach dem ersten Lebensjahre. Das sind Ziffern, welche als Commentar dienen können. Also Tod vor der Zeit oder Tod kurze Zeit nach der Geburt, das ist das Schicksal von Kindern, welche aus einer Ehe Syphilitischer stammen.

Nachdem das festgestellt ist, ist es noch nothwendig hinzuzufügen, dass die beiden Arten der Sterblichkeit häufig in syphilitischen Familien coincidieren?

Fehlgeburten und der Tod junger Kinder kommen sehr häufig in syphilitischen Familien vor. Wenn sich die beiden Arten der Sterblichkeit in dieser Weise summiren, so kommt in manchen syphilitischen Familien eine erschreckende Sterblichkeitsziffer zu Stande, welche in einzelnen Fällen fast der Ziffer der Geburten gleicht. Manche Familien werden, ich kann sagen, decimirt, oder fast vollständig vernichtet, d. h. vernichtet in ihrer Nachkommenschaft durch die hereditäre Syphilis. Ich werde hier keinen einzelnen Fall anführen, aber als Specimen dieser eigenthümlichen und unglückseligen Vielsterblichkeit der jugendlichen Individuen in den Familien Syphilitischer werde ich Ihnen das Resultat einer bestimmten Anzahl von Beobachtungen zusammenstellen.

In Beobachtungen

von	Augagneur	5	Todesfälle	auf	5	Geburten
„	Hutchinson	4	„	„	5	„
„	Roger	4	„	„	5	„
„	Bertin	5	„	„	6	„
„	Behrend	8	„	„	11	„
„	Turhmann	8	„	„	11	„
„	Le Pileur	10	„	„	11	„
„	Boinet	8	„	„	9	„
„	Bryant	11	„	„	12	„
„	Carré	11	„	„	12	„

Dann gibt es Fälle, wo die Syphilis tabula rasa gemacht hat, soviel Geburten, soviel Todesfälle.

Beobachtungen von	Cazenave	4	Geburten	4	Todesfälle
„	Artéaga	4	„	4	„
„	Tanner	6	„	6	„
„	Trousseau	6	„	6	„
„	E. Wilson	8	„	8	„

Welche Statistik, welch' schreckliches Todtenverzeichniss! Und ich habe Ihnen noch Schrecklicheres zu sagen.

Ich verdanke meinem Freunde, Dr. Ribemont Dessaignes, eine Beobachtung, welche eine Ueberfülle von Erschreckendem gibt.

Diese Beobachtung bezieht sich auf eine Frau, welche in der ersten Zeit ihrer Ehe von ihrem Mann, der sich nicht behandeln liess, inficirt wurde. Von 19 Schwangerschaften endeten 19 mit dem Tode der Kinder. Die 5 ersten Schwangerschaften endeten mit der Geburt todter und macerirter Kinder, die 14 folgenden ergaben Kinder, welche alle zwischen dem 1. und 6. Monate starben.

Wenn sich die Sachen nun so verhalten, so verstehen Sie gleich, was wir daraus für Schlüsse in Bezug auf die Polymortalität der jugendlichen Individuen in der Familie der Syphilitischen ziehen können.

Eine Auskunft dieser Art ist nicht wie andere, unsichere anamnestische Angaben einer strengen Prüfung zu unterziehen; ein Abortus, der Tod eines Kindes, das sind positive, sinnfällige Thatsachen, welche sich einprägen, die man nicht vergisst, die man immer wieder in der Erinnerung wird finden können, wenn man dieselbe geweckt hat. Wir können also a priori sagen, dass die Constatirung von solchen Antecedentien in einer bestimmten Anzahl von Fällen ein werthvolles Zeichen für die retrospective Diagnose der ererbten Syphilis liefern wird.

Nun, diese theoretische Induction wird vollständig durch die Erfahrung bestätigt und hiefür sehen Sie hier den Beweis.

Ich habe hier, ohne jede Auswahl einige hundert Beobachtungen von hereditärer tardiver Syphilis herausgegriffen und habe sie auf den in Rede stehenden Punkt untersucht und ich finde, dass in 31 dieser Fälle von Antecedentien dieser Art die Rede war. Unter diesen Fällen, der Wahrheit entsprechend, ist es beiläufig die Hälfte, wo die geringe Zahl der Fehlgeburten und der Todesfälle nichts besonders Verdächtiges enthält; denn wohlverstanden, es sind nicht nur die syphilitischen Familien, in denen die Weiber fausses couches machen und wo die Kinder im jugendlichen Alter sterben. Aber in 15 anderen Fällen war die Multiplicität der Todesfälle oder der Fehlgeburten bestimmt solcher Art, dass sie den Verdacht einer specifischen Ursache erwecken konnte, wie Sie durch folgende Zahlen sehen werden:

Beobachtung:

I. von 4 Kindern 3 todt.
II. „ 5 „ 4 „
III. „ 6 „ 5 „
IV. „ 7 „ 6 „
V. „ 9 „ 6 „
VI. „ 12 „ 7 „
VII. „ 13 „ 7 „
VIII. „ 9 „ 8 „
IX. „ 12 „ 9 „
X. „ 11 „ 10 „
XI. „ 12 „ 11 „
XII. 7 Schwangerschaften, 3 Fehlgeburten, 3 todte Kinder.
XIII. 7 „ 1 „ 5 „ „
XIV. 8 „ 4 „ 3 „ „
XV. 15 „ 3 „ 11 „ „

Aus alldem ergibt sich folgende Regel für die Praxis: Man darf es niemals vernachlässigen, wenn man einen Kranken vor sich hat, welcher mit Symptomen behaftet ist, die auf hereditäre Syphilis bezogen werden können, in den Familien-Antecedentien zurückzugreifen, um die verschiedenen nachstehenden Fragen klarzulegen:

1. Hat die Mutter des Kranken Fehlgeburten durchgemacht, und namentlich mehrere Fehlgeburten nacheinander? Hat sie zum normalen Schwangerschaftsende oder vor demselben todte Kinder, oder Kinder, welche starben, zur Welt gebracht?

2. Sind in der Familie, der der Kranke angehört, Kinder gestorben? Wieviele starben und in welchem Alter starben die Kinder?

Denn die über diese verschiedenen Punkte erhaltenen Auskünfte können eine sehr nützliche Unterstützung für die Diagnose liefern, welche man zu stellen hat.

XXXV.

Untersuchungsverhör über die Familie.

Wir kommen jetzt zu einem sehr wichtigen diagnostischen Merkzeichen, zu demjenigen, welches alle anderen übertrifft und welches ein Kriterum par excellence abgibt, nämlich das Untersuchungsverhör über die Familie.

Nehmen wir an, wir haben ein Kind vor uns, welches mit Syphilis behaftet ist, deren Erscheinung wir als durch ererbte Syphilis veranlasst annehmen können. In einem solchen Falle müssen wir vor allem eine Enquête über die Familie dieses Kindes veranstalten, um zu untersuchen, ob in der Familie desselben wirklich Syphilis vorgekommen ist.

Unter dem Worte Familie verstehe ich:

1. Die Ascendenten, d. h. den Vater und die Mutter des Kindes und
2. die Brüder und Schwestern dieses Kindes.

Sprechen wir zuerst über die Enquête in Betreff der Eltern. Was wird dieselbe ergeben können? Von zwei Sachen die eine. Entweder werden wir Syphilis bei dem Vater und der Mutter oder bei einem von beiden finden, oder wir werden bei dem einen und bei dem anderen nichts finden, was auf Syphilis gedeutet werden könnte.

In der ersten Alternative über die Feststellung der Syphilis bei den Ascendenten finden wir eine Bestätigung des Verdachtes, den wir in Bezug auf den syphilitischen Charakter der strittigen Erkrankung hatten. Trifft der zweite Fall zu, fehlen alle Zufälle, besteht keine Erinnerung an Syphilis beim Vater oder bei der Mutter, so wird uns das beweisen (die Eventualität möglicher Irrthümer, von denen wir bald sprechen wollen, in der Reserve), dass unser Verdacht nicht gerechtfertigt war, und dass die vorliegende Erkrankung nicht durch hereditäre Syphilis bedingt wurde.

In dem einen und dem anderen Sinne, sehen Sie, wird das Resultat dieser Enquête für die Diagnose nützliche Aufklärung bringen. Die Anamnese in Bezug auf die anderen Kinder derselben Familie wird das Folgende lehren: entweder zeigen diese Kinder oder zeigten dieselben diese oder jene Symptome, welche für eine syphilitische Infection derselben sprechen; oder diese Kinder waren und sind von allen verdäch-

tigen Erscheinungen frei. In der ersten Alternative wird die Feststellung von Syphilis an den anderen Kindern derselben Familie einer Infection bei dem Kinde sprechen, welches die zu beurtheilende Krankheitserscheinung trägt. Bei der zweiten Alternative für die Wahrscheinlichkeit tritt die entgegengesetzte Vermuthung in Folge der Immunität der anderen Kinder in ihr Recht.[1]) Nichts einfacheres und gleichzeitig nichts klinischeres und nichts probateres.

Theoretisch ist also die Enquête über die Familie des Kranken in dem vorliegenden Falle ein ausgezeichneter Vorgang, um die Schwierigkeiten zu lösen und in allen Fällen die Diagnose festzustellen. Aber man muss oft davon abgehen, wenn man von der Theorie in die Praxis übergeht und zwar aus folgenden Gründen.

1. Wenn sie auch möglich und vollständig ist, kann die Untersuchung doch in Bezug auf das Resultat durch die ungenügende Auskunft eine vergebliche bleiben. Das geschieht in einer bestimmten Anzahl von Fällen, wo man nichts von den Eltern erfährt als ganz vage und confuse unbestimmte Angaben, aus denen man absolut nichts schliessen kann, wie auch noch in den häufigeren Fällen, wo auch die Untersuchung der Kinder für die Diagnose nicht das Geringste Präcise ergibt.

In zweiter Linie kann bei der Aufnahme der Anamnese ein Irrthum unterlaufen. Manche Eltern geben nicht gerne die Auskunft, die man von ihnen verlangt. Man muss mit ihrem Widerstand, mit ihrem schlechten Willen, mit ihrer Verheimlichungssucht und ihrer Lügenhaftigkeit rechnen.

Eine Frau — die des Namens Mutter wenig würdig war — und die ich wegen ihres Kindes ausfragte, welches mit Cerebralerscheinungen behaftet war, deren ererbt syphilitische Natur[2]) ich vermuthete, leugnete eigensinnig jedes syphilitische Antecedens. Wenige Tage später erfuhr ich aber aus sicherer und respectabler Quelle nicht nur, dass sie Syphilis gehabt hatte, sondern dass sie auch ihren Mann inficirte, dass ihr erstes Kind, der ältere Bruder des Kindes, welches ich behandelte, an syphilitischen Erscheinungen gestorben war, welche von meinem Freunde Millard gesehen und als syphilitisch behandelt worden waren.

Andere Male wird die Syphilis geleugnet, weil man nichts von ihr weiss. Und daran ist gar nichts merkwürdiges; denn wie ich Ihnen schon gesagt und gezeigt habe, gibt es mehr Leute als man glaubt, welche die Syphilis haben, ohne dass sie davon etwas wissen, oder was auf dasselbe hinauskommt, die gar nicht wissen, dass sie Syphilis gehabt. Wieviel Fälle dieser Art könnte ich nicht erwähnen.

Parrot berichtet Nachfolgendes: Eines Tages wurde er zu einem Kinde geholt, an welchem er deutlich hereditäre Syphilis erkannte. Er befrug den Vater, welcher leugnete, und keine syphilitischen Antecedentien zugeben wollte, der aber als die Consultation beendet war, auch einen Rath für sich selbst wegen einer Art von Halsschmerzen, an denen er seit einiger Zeit litt, verlangte. Was fand man nun bei der Untersuchung des Halses? — 4 sehr schöne Schleimhautpapeln, wie sie nicht charakteristischer vorkommen können.

[1]) Eine Reserve, welche ganz natürlich für gewisse mögliche Eventualitäten, wie die Folgende, gemacht werden muss: nämlich, wo die verschiedenen Kinder nicht von demselben Vater abstammen; die, wo die Syphilis der Eltern oder eines der Eltern erst nach der Geburt des ersten Kindes oder vor der des letzten erworben wäre etc.

[2]) Dieses Kind starb und die Nekroskopie ergab unzweifelhaft syphilitische Erscheinungen des Gehirns. Ich werde auf diesen Fall in einem späteren Capitel zurückkommen.

Man braucht nicht erst zu sagen, dass die Enquête mitunter unmöglich ist, wie in den Fällen, wo die Eltern gestorben sind, weit wegwohnen oder abwesend sind, wo man mit Findelkindern zu thun hat, bei denen Vater und Mutter unbekannt sind etc.

Sie sehen, dass ich gegen die Anamnese ziemlich streng ins Gericht gehe, und dass ich mich keinen Illusionen in dieser Beziehung hingebe. Aber nachdem ich das gesagt habe, muss ich hinzufügen: wenn sie nicht immer Nützliches liefert, so thut sie es doch sehr oft, und ich kann es nicht laut genug sagen, dass sie im Stande ist in manchen Fällen sowohl dem Kranken wie der Wissenschaft die höchsten Dienste zu leisten. Es ist das eine Ueberzeugung, welche die Erfahrung mir aufgezwungen hat und welche Sie, wie ich hoffe, bald mit mir theilen werden. Wenn man in der Praxis nicht die Hilfe der Familie reclamirt, so geschieht das deswegen, weil man Sie schlecht beurtheilt. Man übertreibt die Schwierigkeiten, man erklärt sie im Vorhinein für unausführbar und unmöglich, man wirft ihr sogar vor, dass sie gegen die Convenienz sei etc. Auf alle Fälle ist die Antwort leicht. Manchmal ist die Enquête schwer, mühselig, ohne unmöglich zu sein, und zwar ist es in den meisten Fällen der Fall. Nun in solchen Fällen muss man aber Herr der Schwierigkeiten werden. Es kann ja sein, dass es Sie Zeit und Mühe kosten wird, und Unannehmlichkeiten, manchmal sogar Geld; aber was liegt daran, wer das Ende will, muss auch die Mittel wollen. Worum handelt es sich denn? — Die Eltern des Kranken aufzusuchen und zu finden und sie sprechen zu machen. Nun, das sind nicht immer grosse und unübersteigliche Schwierigkeiten. Sie haben unzählige Male gesehen, wie wir hier vorgehen. Wenn wir in unseren Krankenzimmern ein Kind haben oder irgend einen jungen Menschen, der, obgleich er erwachsen ist, mit irgend einer Krankheit behaftet ist, von welcher wir vermuthen, dass sie der ererbten Syphilis ihre Entstehung verdanke, so lassen wir die Eltern auffordern ins Spital zu kommen. Zuweilen kommen sie unseren Aufforderungen nach und dann geht alles nach Wunsch. Zuweilen kommen sie aber nicht. Dann nehme ich meine Zuflucht zu den guten Beinen meiner Schüler und zu ihrem guten Willen und schicke sie in die Wohnung der Eltern. Sie erinnern sich, dass ich wegen eines sehr interessanten Falles, der meine Neugierde lebhaft erregte, meinen Assistenten Ferdinand Lavergne bis nach Brüssel schickte und ich kann ihm nicht genug für die Gefälligkeit, mit der er sich dieser Mission unterzog danken. Kurz durch irgend ein oder das andere Mittel versuchen wir die Eltern, welche sich verstecken, zu entdecken, und wenn wir sie entdeckt haben, so bringen wir sie zum Sprechen. Man hat mir zuweilen gesagt, ja aber das ist doch nicht mehr die Sache des Arztes, sondern die eines Untersuchungsrichters. Dann: Ist es nicht ungehörig, auf diese Weise in eine Familie einzudringen, um Auskünfte dieser Art zu erlangen auf die Gefahr hin, unangenehme Erinnerungen wachzurufen und einer Frau zu enthüllen, was sie über die Vergangenheit ihres Gatten noch nicht weiss etc.? — Darauf antwortete ich: Es kommt alles auf die Art und Weise an, in der man vorgeht, auf die Form oder besser gesagt, auf die Formen. Mit Takt, mit Discretion und einiger Geschicklichkeit kann man die Untersuchung so leiten, dass man Niemanden beleidigt und Niemanden erschreckt, dass man keine Empfindlichkeit erregt und im Ganzen auf die Weise, dass man der Schicklichkeit gerecht

wird. Was mich und meine Schüler anbelangt, so muss ich sagen, dass wir nie etwas anderes als wie Dank für diese Schritte in Familien, die wir aufsuchten, geerntet haben und ich kann Sie versichern, dass wir nie den Familienfrieden gestört haben. Andererseits, was die Würde des ärztlichen Standes anlangt, so muss ich es gestehen, dass es mir unmöglich ist, sie durch diesen Vorgang compromitirt zu sehen. Uebrigens ziehe ich den Arzt, welcher sich die Mühe gibt, eine Auskunft zu suchen, die sowohl dem Kranken, als dem Arzte grosse Vortheile bringen kann, demjenigen vor, welcher aus irgend einem Grunde sich und seinen Kranken dieser Erleichterungsquelle beraubt. Es steht fest und davon will ich Sie überzeugen, dass in den speciellen Fällen, die uns beschäftigen, die Enquête über die Antecedentien sich zum Range einer wirklich diagnostischen Methode erhebt, einer Methode, ich wiederhole es, welche in gleicher Weise der Wissenschaft wie der Praxis dient. Scientifisch ist sie unentbehrlich für die Autenticität welchen Falles immer. Es gibt, merken Sie sich das, es wird keine unbestreitbare, unabweisbare authentische Beobachtung von hereditärer tardiver Syphilis geben ohne die Controle der Enquête über die Ascendenten. Wie mannigfach, wie werthvoll auch die Zeichen sein mögen, welche in einem bestimmten Falle dazu führen können, eine hereditäre tardive Syphilis zu vermuthen, kein einziges kann in gleiche Linie gestellt werden mit dem directen, formellen, unumstösslichen Zeugniss, welches die Enquête liefert. Praktisch liefert die Enquête dem Arzte eine werthvolle Hilfe, um seine Diagnose festzustellen und die Behandlung zu bestimmen. Welche Beispiele könnte ich nicht anführen, wo nur Dank der Enquête die Unsicherheit der Diagnose eines schweren oder dunklen Falles durch den Nachweis der Syphilis bei den Eltern zerstreut wurde. Ich werde mich enthalten, im Momente die verschiedenen Fälle zu erwähnen. Aber eine Anzahl von Fällen, welche ihren Platz in den späteren Capiteln finden, werden ausreichen, um Ihre Ueberzeugung in dieser Beziehung zu festigen.

Zweiter Theil.

Erscheinungen, welche die heriditäre tardive Syphilis hervorruft.

Bisher haben wir nur die verschiedenen Zeichen studirt, welche im Stande sind, den Einfluss der ererbten Syphilis unabhängig von allen bestehenden specifischen Manifestationen zu entschleiern. Jetzt tritt eine andere Aufgabe an uns heran. Wir haben die Krankheit zu betrachten, während sie in Action ist, oder mit anderen Worten, durch welche Erscheinungen, durch welche Krankheitssymptome sich die tardive hereditäre Syphilis ausdrückt, welche Krankheitserscheinungen ihr besonders zukommen, welche Entwicklung sie nimmt, welche Prognose sie gestattet, und welches die Irrthümer sind, zu welchen sie Veranlassung gibt u. s. w. Diese verschiedenen Fragen werden uns jetzt nacheinander beschäftigen.

I.

Ich sagte Ihnen schon zu Beginn unserer Vorlesung, dass das, was wir hereditäre tardive Syphilis nennen, sich aus 2 Arten von Fällen zusammensetzt.

1. Aus Fällen, in welchen die Erscheinungen, die in einem früheren oder späteren Alter zu Stande kommen (zweite Kindheit, Jünglingsalter, in der Zeit vom 20—35. Lebensjahr und im vollständig entwickelten Mannesalter), Zufälle als Vorspiel gehabt haben, welche im Verlauf der ersten Lebenszeit auftraten.

2. Fälle, in welchen den Erscheinungen, die während einer späteren Lebensperiode auftreten, während der ersten Lebensperiode keine Erscheinungen vorausgingen. In diesen Fällen bleibt die Syphilis im Momente und in der Zeit um die Geburt herum ohne Erscheinungen und bricht zum ersten Mal in einem mehr oder weniger späten Zeitraume, d. h. 2, 4, 8, 12, 15 Jahre später zum Beispiele aus. In der stricten Bedeutung des Wortes ist die Bezeichnung der Syphilis hereditaria tarda einzig und allein auf Fälle der 2. Art anzuwenden. Aber gewöhnlich wird diese Bezeichnung verwendet, um die Fälle der ersten Gattung zu benennen. In allen Angelegenheiten wird der Gebrauch zum Gesetze. Also nehmen wir das an, was durch den Gebrauch geheiligt ist, umsomehr, als die Fälle beider Ordnungen, um welche es sich handelt, sehr häufig klinisch unmöglich zu unterscheiden sind; umsomehr als sie genau dieselben Erscheinungen darbieten zur Zeit, zu welcher wir uns vornehmen, sie zu studiren. Fügen wir noch hinzu, dass die Häufigkeit, mit der sie auftreten, nicht die gleiche ist, und dass sie auch bei den Pathologen nicht die gleiche Anerkennung finden.

I. Die Fälle der ersten Gattung sind unbestreitbar die häufigsten, d. h. also, dass in der Mehrzahl der Fälle die Entwicklung der Krankheit sich dem Beobachter unter dem folgenden Typus darbieten wird: In der frühesten Jugend, in den ersten Lebenswochen oder Lebensmonaten erscheinen einige specifische Symptome, so wie Hautsyphilide, Schleimhautsyphilide, Corryza, Onychie etc. Zu dieser Zeit wird das Kind behandelt, die Erscheinungen werden unterdrückt oder es können die Erscheinungen auch sogar ohne therapeutische Hilfe verschwinden. Dann kommt eine kürzere oder längere Pause, oft eine sehr lange, während welcher nichts entsteht, was irgend eine Aehnlichkeit mit Syphilis hätte. Wenn man von den vorausgegangenen Erscheinungen nicht wüsste, hielte man den Kranken für geheilt; im gegentheiligen Falle bleibt man in Unkenntniss der Diathese, von der er befallen ist, und dann erfolgt in sehr verschiedenen Zeiträumen, aber gewöhnlich (wie wir es bald sehen werden) im Verlaufe der zweiten Kindheit oder des Jünglingsalters ein plötzlicher Ausbruch irgend einer syphilitischen Erscheinung, welche den Spätformen angehört. So verlaufen die Dinge gewöhnlich. Hier einige Beispiele:

1. Ein Kind wird von syphilitischen Eltern gezeugt; wenige Wochen nach der Geburt findet man verschiedene Erscheinungen des papulösen Stadiums an den Lippen, im Gesichte und am Anus. Es wird eine Behandlung eingeleitet, welche die Krankheitserscheinungen rasch zum Verschwinden bringt, welche aber nicht über 2 Monate hinaus durchgeführt wird. Zur Zeit, wo das Kind $5^1/_2$ Jahre alt ist, entsteht eine Exostose

an der Tibia, welche unzweifelhaft syphilitischen Ursprunges ist. Rasche Heilung durch Jodkalium.

2. Ein von einem syphilitischen Vater und einer syphilitischen Mutter herstammendes Kind ist in der ersten Lebenswoche mit einem Hautsyphilid, mit Schleimhautpapeln an den Lippen, mit nässenden Papeln am Anus und am Skrotum und mit multiplen Drüsenschwellungen behaftet. Eine specifische Behandlung bewirkt rasches Schwinden der Zufälle. Mit $7^1/_2$ Jahren tritt Gehirnsyphilis auf (Kopfschmerzen, epileptische Zufälle, Intellect-Störungen etc.), welche in einer äusserst bezeichneten Weise unter dem Einfluss einer gemischten Behandlung heilten.

3. 1870 wurde ich zu einem kleinen 5 Wochen alten Mädchen gerufen, dessen Mutter syphilitisch und dessen Vater gesund war. Das Kind war namentlich im Gesichte und an dem Gesäss mit Syphiliden bedeckt. Der Allgemeinzustand war ein schlechter, fast ein alarmierender. Ich hatte die Genugthuung das Kind zu heilen. Vor wenigen Tagen wurde ich wieder zu dem Mädchen geholt, welches unterdessen 15 Jahre alt geworden war. Ich fand es mit einem zerfallenden Knotensyphilid typischester Art behaftet, welches die Handflächen einnahm. Nach den sehr präcisen Angaben, welche ich von der Grossmutter des Kindes und von dem Hausarzte erhalten konnte, war keine syphilitische oder auch nur auf Syphilis Verdacht erregende Erscheinung seit denen, welche ich damals 1870 gesehen habe, vorgekommen.

4. Desgleichen fanden sich an einem anderen Falle, von dem ich Ihnen schon einmal gesprochen habe, verschiedene Erscheinungen der hereditären Syphilis, welche einander in folgender Weise folgten: mit 3 Monaten Hautsyphilid, welche von Professor Trousseau gesehen und behandelt wurde. Mit 5 Jahren Erkrankung des Oberarmes und der Ellbogengelenke. Mit 7 Jahren schwere Ophthalmie, welche lange dauerte, und ein Abscess (?), vielmehr aller Wahrscheinlichkeit nach ein Gumma am Bein. Mit 12 Jahren schwere Erkrankung der Tibia, welche nicht weniger als 3—4 Jahre brauchte, um zu heilen. Mit 15 Jahren Nekrose der Nasenknochen; phagedœnisches gummöses Syphilid der Oberlippe; Nekrose des Oberkiefers; Perforation des hinteren Gaumens, zerfallende Gumma im Rachen, Zerstörung des weichen Gaumens etc. Mit 28 Jahren endlich ausgebreitetes gummöses Syphilid an der Vorderfläche des Beines.

Die Fälle dieser ersten Art, wo die Syphilis durch die Erscheinungen des ersten Lebensalters den Erscheinungen eines vorgeschrittenen Alters präludirt, sind weder bestreitbar, noch werden sie bestritten. So häufig kommen sie in der Klinik vor. Nicht ebenso steht es mit den Fällen der 2. Gruppe, von denen ich jetzt sprechen werde.

II. Es kann geschehen, dass die hereditäre Syphilis ihre ersten Erscheinungen in einer früheren oder späteren Zeit des Lebens sichtbar macht, ohne dass irgend eine Erscheinung der Syphilis im frühesten Lebensalter vorausgegangen? Ja, sagen die einen und zu denen gehöre ich; nein, sagen die anderen. Denjenigen, welche die Authenticität einer Entwicklung dieser Art zugeben, verfehlt man nicht das Folgende zu entgegnen: „Was wissen sie, so sagt man ihnen, was können sie Unumstössliches, Präcises wissen über die Antecedentien einer hereditären Syphilis, welche sich weit zurück datirt? Sie versichern, dass diese Syphilis keine Erscheinungen gemacht hat vor der Zeit, wo sie dasjenige constatiren, was sie ihre ersten Erscheinungen nennen.

Aber wer sagt ihnen denn, dass in der Kindheit keine Erscheinungen bestanden haben, welche unbemerkt und unerkannt blieben? Wie können sie jemals die Sicherheit erlangen, dass sich im Verlaufe des ersten Lebensjahres nicht irgend welche leichte oberflächliche ephemere Zufälle gebildet haben, wie ein leichter Hautausschlag oder eine Schleimhautpapel oder irgend eine Laesion derselben Gattung etc? — Gewiss, werde ich antworten, ist dieser Einwand ein gut begründeter. Aber geben sie Acht, während sie in dieser Weise argumentiren, die Frage nicht auf ein Terrain zu leiten, auf welchem sie nothwendigerweise unlösbar ist. Wenn, um zuzugeben, dass eine hereditäre Syphilis ihre ersten Erscheinungen in einem mehr oder weniger spätem Alter macht, sie von mir den mathematischen Beweis verlangen, dass auch der kleinste specifische Zufall sich nicht im Verlauf der ersten Kindheit entwickelt hat, dann ist es überhaupt überflüssig weiter zu gehen und eine Discussion zu eröffnen, welche im Vorhinein dazu verurtheilt ist, ohne Resultate zu bleiben. Denn um den Beweis, welchen sie verlangen, zu liefern, wäre es nothwendig, dass ein Arzt durch mehrere Jahre hindurch an dem Lager des in Rede stehenden Individuums verweilt hätte und dieses Individuum jeden Tag untersucht und die kleinsten Zufälle des Befindens notirt hätte. Man darf also die Frage nicht auf diese Weise stellen. Man muss sie anders formuliren, u. zw. praktisch, damit man sie medicinisch analysiren kann und z. B. das Folgende sagen: Gibt es eine hereditäre Syphilis, welche sich in einem mehr oder weniger vorgeschrittenen Alter äussert, ohne dass sie sich in der ersten Kindheit durch irgend ein Symptom manifestirt hätte, welches im Stande gewesen wäre, die Angst der Familie oder den Verdacht des Arztes zu erregen. Unter dieser Formel — die einzige, welche ich für meinen Theil als Basis der Discussion annehmen kann — wird das Problem wirklich klinisch und in ein und dem anderen Sinne lösbar. Nun man hat Zufälle der hereditären Syphilis, in einer früheren oder späteren Zeit des Lebens unter den oben erwähnten Bedingungen sich entwickeln gesehen, d. h. an Individuen, welche in ihrer Familie erzogen und von einem Arzte überwacht wurden, und bis dahin von allen specifischen Erscheinungen frei blieben. Fälle dieser Art sind von mehreren Autoren, namentlich von Dixon, Duménil, Chaboux, Lancereaux, Lannelongue etc. erwähnt worden und in der Anamnese dieser Fälle wird ausdrücklich erwähnt, dass sich an den in Rede stehenden Kranken kein Zeichen der Syphilis früher entwickelt hatte und schwanken die Zeitangaben zwischen 6 und 17 Jahren. Ich habe unter meinen Aufzeichnungen analoge authentische und unbestreitbare Fälle, und deshalb unbestreitbar, weil sie in Familien gesammelt wurden, welche über die Tragweite der Syphilis unterrichtet waren, die also ihren Zustand und die Gefahr kannten, welche ihre Kinder bedrohte, und welche daher auf die geringsten Krankheitszufälle, die ihre Kinder betreffen mochten, aufmerksam waren. Unter solchen Bedingungen mussten Erscheinungen der hereditären Syphilis nothwendigerweise bemerkt werden, wenn sie sich entwickelten; aber sie haben sich eben nicht entwickelt.

Mehrere Fälle dieser Art werden ihren Platz in dem nachfolgenden Vortrag finden; jetzt aber werde ich Ihnen einen solchen Fall als Beispiel vorführen.

Eine Frau wird von ihrem Manne mit Syphilis inficirt; sie ist da-

von unterrichtet, lässt sich aber nur unvollständig behandeln. 5 Jahre später wird sie schwanger und bringt ein kleines, schwächliches Mädchen zur Welt, welches heranwächst. Das Kind wird in Bezug auf eine mögliche Vererbung der Syphilis sehr genau überwacht, bleibt aber von allen Zufällen frei. Mit 7 Jahren wird dieses Mädchen von einer beiderseitigen interstitiellen Keratitis befallen. Mit 12 Jahren hat es massive Hyperostosen an mehreren Knochen (Tibia, Humerus, Ulna). Mit 14 Jahren neuerliche Nachschübe von beträchtlichen Hyperostosen. Mit 15 Jahren gummöses Syphilid des Beines complicirt mit zur Perforation der Haut führendem Phagedœnismus und partieller Nekrose der Tibia. Was wollen sie Beweisenderes? Sie sehen also, meine Herren, dass es Fälle gibt, wo in einer unabweisbaren Weise die hereditäre Syphilis ihre Erscheinungen in einer mehr oder weniger späten Weise geltend macht (wie z. B. in dem hier vorgeführtem Falle mit 7, 12, 14 und 15 Jahren), ohne dass in der ersten Kindheit irgend ein Zeichen der Syphilis zu sehen gewesen wäre. Wenigstens ist kein Zeichen aufgetreten, welches genügend gewesen wäre, die Aufmerksamkeit einer in dieser Richtung besorgten Mutter zu erregen. Aber die Fälle dieser Art, ich wiederhole es, sind weitaus weniger häufig als wie diejenigen, in welchen die hereditäre Infection sich sofort während der ersten Zeit des Lebens manifestirt.

II.

Termin der Syphiliseruption.

In welchem Lebensalter äussern sich die Erscheinungen, welche dasjenige zusammensetzen, was man die tardive hereditäre Syphilis nennt? Vielleicht wäre die allgemeinste Antwort und die wahrste, welche diese Frage verträgt, die Folgende: „Die Zufälle der hereditären tardiven Syphilis können in jeden Lebensalter auftreten.“ Vielleicht wird man auf diese Frage in Zukunft diese Antwort geben. Aber auf jeden Fall haben wir heutzutage nicht die Berechtigung, diese Antwort zu ertheilen, u. zw. deshalb, weil sie durch die Thatsachen, über welche wir verfügen, nicht gerechtfertigt wäre. Die klinischen Thatsachen, über welche wir bis jetzt verfügen, um die hereditäre tardive Syphilis zu beschreiben, lassen sich in natürlicher Weise in 2 Gruppen eintheilen. Die einen bieten alle Garantien der Exactheit und der wissenschaftlichen Authenticität; die anderen, obwohl sie aus den besten Quellen geschöpft sind, welche einer ernsten Kritik fähig sind, gestatten doch legitime Einwände und sind im Ganzen nicht beweisend. Von diesen Thatsachen nun sind diejenigen der ersten Reihe ausserordentlich zahlreich, welche uns die Zufälle der hereditären Syphilis zeigen, entstanden in einer früheren Periode oder in einer relativ früheren Periode des Lebens, u. zw. vom 3. bis 28. Lebensjahr. Die Thatsachen der 2. Reihe sprechen nur für Zufälle dieser Art welche in einer noch späteren Periode erscheinen, d. h. nach dem 28. Lebensjahr auftreten. Eine unparteiische Prüfung der Thatsachen, welche hier in Rede stehen, führt uns zur folgenden Eintheilung. Unter 28 Jahren absolut unleugbare hereditäre tardive Syphilis, welche durch eine ganze Reihe von Beobachtungen erwiesen ist, welche Beobachtungen die strengste Kritik vertragen. Ueber 28 Jahre

hinaus aber hat die tardive hereditäre Syphilis, um bewiesen zu werden, eine bestimmte Anzahl von Beobachtungen, welche gewiss sehr interessant sind, und welche von den geachtetsten Fachärzten herstammen, aber dessen ungeachtet doch nicht das Ensemble von Beweisen besitzen, welche zur Ueberzeugung zwingen und eine wissenschaftliche Autenticität besitzen. Dies ist gegenwärtig der Stand der Sache Aber das ist nichts unveränderliches, wohl verstanden, und sie haben im Vorhinein begriffen, dass einige gute Beobachtungen genügen würden, um diese eigenthümliche Zweitheilung zu reformiren, welche der Ausdruck unserer gegenwärtigen Kenntniss ist, und dass diese Beobachtungen der hereditären Syphilis in späteren Lebensperioden die Authenticität bringen würden, die ihr noch fehlt. Ich lege ein besonderes Gewicht darauf, denn wir befinden uns hier beim wichtigsten Punkt unserer Auseinandersetzungen.

I. Für diese Vorlesungen war ich genöthigt, alle Fälle von tardiver hereditärer Syphilis, welche es in der Wissenschaft gibt, zusammenzustellen und diejenigen selbstverständlich auszuscheiden, welche mir einigermassen verdächtig erschienen. Die Beobachtungen aus meiner Erfahrung habe ich dazugefügt und ich habe im ganzen eine Summe von 212 Beobachtungen gesammelt. Aus dieser Gruppe von Thatsachen, aus welchen ich die nachfolgenden Schilderungen gezogen habe, ergeben sich unmittelbar, was die uns jetzt beschäftigende Frage anlangt, verschiedene Punkte, welche hier erledigt werden sollen.

1. In der enormen Anzahl von Beobachtungen sieht man, dass sich dieselben auf jugendliche Individuen im Alter von 3 bis 28 Jahren beziehen. Wenn ich unter diesen Beobachtungen den genauen Termin heraussuche, in welchem sich die verschiedenen Erscheinungen der tardiven hereditären Syphilis äusserten, so finde ich, dass diese Zufälle entstanden 251mal zwischen dem 3. und 28. Lebensjahre und nur 21mal zwischen dem 28. und 65. Lebensjahre. Diese Ziffern sind sicher zu bezeichnend, als dass ich noch einen Commentar dazu zu geben brauchte. Es ist gewiss und unbestreitbar, dass die hereditäre tardive Syphilis ihre Erscheinungen mit einer ausserordentlichen Häufigkeit in einer noch wenig vorgeschrittenen Zeit des Lebens, d. h. von der 2. Kindheit bis zum 20. und 28. Lebensjahre macht. Ganz im Gegentheile befällt sie nur mit einem geringeren Häufigkeitssatze Individuen, welche älter als 28 Jahre sind. Dies ist ein erstes Resultat, welches für einen Einwand keinen Platz lässt.

2. In dieser Zeitperiode vom 3. bis 28. Lebensjahre ist die Häufigkeit der hereditären syphilitischen Zufälle nicht für alle Lebensalter die gleiche. Nach meiner Statistik würde die hereditäre tardive Syphilis ihr Häufigkeitsmaximum mit dem 12. Lebensjahre erreichen; und des weiteren würde die Häufigkeit in ausserordentlichem Verhältnisse vom 18. Lebensjahre an abnehmen.

3. Endlich die Fälle, welche man in einer etwas vorgeschrittenen Zeitperiode, z. B. vom 18. bis 28. Lebensjahre an beobachtet, sind in der Mehrzahl der Fälle nur Recidivformen oder um richtiger zu sprechen und um jede Zweideutigkeit zu vermeiden, Erscheinungen, welchen andere syphilitische Zufälle in einer früheren Zeitepoche vorausgegangen sind. So waren bei einem Kranken, von dem ich Ihnen kürzlich sprach, die verschiedenen Erscheinungen, welche sich in der Zeit von seinem

20. bis 28. Lebensjahre entwickelt hatten, vier Mal andere Ausbrüche von syphilitischen Zufällen im Verlaufe der Kindheit und des Jünglingsalters vorausgegangen.

II. Gehen wir nun zur 2. Kategorie der Fälle über, d. h. zu denjenigen Fällen, welche sich auf eine Invasion der hereditären Syphilis in einem vorgeschrittenen Lebensalter z. B. über das 30. Lebensjahr hinaus beziehen. Gewiss es existirt in der Literatur eine bestimmte Reihe von Beobachtungen, welche sich auf verschiedene Zufälle der hereditären Syphilis beziehen, die im reifen Alter oder selbst im Alter auftreten. Wir wollen einige als Beispiele hier anführen:

Melchior Robert berichtet einen Fall von Perforation des harten Gaumens, den er bei einer 42 Jahre alten Frau beobachtet und den er durch hereditäre Syphilis bedingt erklärt. [1])

Leudet berichtet von 2 Schwestern, welche 43 und 46 Jahre alt, die eine von Leber-, die andere von Gehirnsyphilis befallen wurde. Beide heilen in auffälliger Weise durch eine specifische Behandlung. Da nun weder die eine, noch die andere verdächtige Antecedentien hatte, ja sogar die eine eine Jungfrau war, so glaubt der Autor sich berechtigt an einen hereditären Ursprung der später unleugbaren syphilitischen Erscheinungen zu glauben. [2])

Lancereaux veröffentlicht (es ist das der bestbeobachtete Fall dieser Art, den wir besitzen) die Krankengeschichte einer 41 Jahre alten Frau. Diese Frau hatte eine Vergangenheit, welche unleugbar auf hereditäre Syphilis hindeutet und sie starb an einer syphilitischen Lungenerkrankung. [3])

Ricord schiebt auf die hereditäre Infection deutliche syphilitische Erscheinungen des Nasenrachenraumes, welche er bei 2 Brüdern, die im Alter von 40 und 44 Jahren standen, beobachtete. Beide Brüder waren frei von erworbener Syphilis. [4])

Melchior Robert endlich, „für den die vererbte Syphilis bis in die entferntesten Lebensperioden hin latent bleiben kann,“ berichtet über einen Fall, der eine Frau von 65 Jahren betrifft, die mit Knochenerkrankungen des Knies und einer Geschwulst in der Rippengegend, welche Veranlassung zu häufigen nächtlichen Schmerzen gaben, behaftet war. Diese Erscheinungen schwanden mit einer bezeichnenden Raschheit unter einer specifischen Behandlung. Und nach diesem Resultat, sowie aus anderen Umständen der Beobachtung glaubt sich der Verfasser berechtigt, an ererbte Syphilis zu denken. [5])

Ich habe ebenfalls einige Fälle dieser Art beobachtet. Namentlich die 3 folgenden, von denen sie 2 selbst gesehen haben, kamen dieses Jahr an unserer Klinik zur Beobachtung.

I. Eine Frau von 57 Jahren kommt mit einem zerfallenen Knotensyphilid, welches fast das ganze Gesicht bedeckte, an unsere Klinik. Diese schreckliche Erkrankung, welche bis dahin verkannt worden war und mit allen möglichen Mitteln, nur nicht mit den richtigen, behandelt wurde, heilte, wie sie sich erinnern werden, in weniger als einem Monate

[1]) Nouveau traité des maladies vénériennes, Paris, 1864, p. 701.
[2]) Archives générales de medicine, 1866, t. I.
[3]) Traité de la syphilis, 11. edit. p. 330.
[4]) Gazette des hôpitaux, 1862. p. 318.
[5]) Ouvrage cité, p. 701.

unter einer specifischen Behandlung. Das genügt, um zu beweisen, dass unsere Diagnose richtig war. Diese Frau leugnete jede venerische Ansteckung und jedes syphilitische Antecedens. Aber 2 Umstände erlaubten den Verdacht auf hereditäre Syphilis: 1. Die deutlich ausgesprochene Missbildung der Zähne: 3 Zähne, die einzigen, welche frei von Karies blieben, zeigten noch sehr deutliche Spuren einer halbmondförmigen Kerbe. [1]) 2. Taubheit auf einem Ohr, das Trommelfell zeigte 3 grosse Perforationsöffnungen. Diese Ohrerkrankung, welche, fast ohne dass es zur Kenntnis der Kranken kam, weil sie vollständig schmerzlos sich entwickelte, reichte bis in die erste Kindheit zurück.

II. Ein Mann von 47 Jahren stellt sich uns mit 3-facher Erkrankung vor. Beträchtliche Ulceration des Pharinx; Perforation des weichen Gaumens; Phagedän der Nase, welche schon zur Zerstörung des linken Nasenflügels geführt hat und auch den Rest bedrohte. Der syphilitische Charakter dieser Erkrankung war in die Augen springend und der Erfolg der Jodbehandlung, welche im Verlaufe von wenigen Wochen zur Heilung führte, bestätigte die Richtigkeit der Diagnose. Auch dieser Mann leugnete entschieden alle specifischen Antecedentien und wir fanden nichts an ihm, was seinen Aussagen widersprochen hätte. 2 andere Zeichen aber schienen für hereditäre Syphilis zu sprechen. Das waren 1. deutliche Spuren einer alten Keratitis, welche den Kranken in seinem 5. Lebensjahre betroffen hatte, und 2. zahlreiche Narben an der hinteren Fläche des Schenkels, die Merkzeichen von Ulcerationen, welche in der frühesten Jugend bestanden haben.

III. Eine 44 Jahre alte Kranke, welche jüngst auf unserer Klinik lag, hatte 4 auf einander folgende Ausbrüche schwerer unleugbarer syphilitischer Erscheinungen. 1863 hatte sie ein zerfallendes Knotensyphilid des Unterschenkels und gleichzeitig Gummata im Halse, welche einen Theil des Gaumensegels zerstörten. Im Jahre 1870 ein Syphilid derselben Art an der Rücken- und Gesichtshaut; im Jahre 1879 ein ausgebreitetes ulceröses Syphilid, welches die Schenkel und die Vulva betraf. Und endlich 1882 ein gummöses Syphilid, welches die Schenkel, die Genitocruralfalte, die Schamgegend der Vulva und die Perianalgegend betraf. Diese Frau bot nun ebenso wenig wie die früheren Kranken irgend welche Antecedentien einer selbsterworbenen Syphilis dar und andererseits nöthigten uns 5 Gründe zu glauben, dass die Syphilis, von der sie befallen war, hereditären Ursprungs war.

1. In Bezug auf den Vater hatte die Frau gehört, dass er Syphilis gehabt hatte. [2])

2. Polymortalität in der Familie der Kranken. Unter 11 Geschwistern waren 7 gestorben. Die 6 ältesten kurz nach der Geburt.

3. An unserer Kranken fanden sich solche Erscheinungen, welche sehr häufig für hereditäre Syphilis zeugen. a) Hornhautnarben als Spuren einer im Kindesalter abgelaufenen Keratitis. b) Schwerhörigkeit, welche ebenfalls seit frühester Jugend bestand und nicht durch eine Erkrankung des schallleitenden Apparates erklärt werden kann. c) Missbildungen der Zähne (flächenhafte und becherförmige Erosionen, Kerbungen der

[1]) Die 3 Zähne mit Hutchinson'scher Kerbe waren die beiden oberen Schneidezähne und der rechte untere Eckzahn.

[2]) Der Mann war gestorben und wir konnten die Richtigkeit der Angaben der Kranken nicht erhärten.

freien Ränder mehrerer Zähne etc.) Diese Thatsachen, denen ich noch andere beifügen kann, zeigen uns, dass die hereditäre Syphilis sich im vorgeschrittenen Lebensalter, ja sogar im Alter äussern kann. Aber sind diese Fälle beweisend? Liefern sie Garantien, alle wissenschaftlichen Garantien, welche eine strenge Kritik zu verlangen berechtigt ist? Gewiss nicht. Sie sind im Gegentheile alle anfechtbar, sie haben alle ihre schwache Seite, denn es fehlt ihnen an unentbehrlichen Elementen. Das Element, welches ihre Authenticität feststellen würde, nämlich die Enquête über die Ascendenten, der Nachweis der Syphilis bei den Eltern der Kranken. Und das ist eine Lücke, welche sie nicht verwerthbar macht. Ich weiss sehr wohl, dass dieser Nachweis sehr schwer, mitunter sogar unmöglich ist. Denn gehen sie auf die Antecedentien einer Familie zurück, deren Sohn das reife Alter erreicht oder überschritten hat, reconstruiren sie eine Vergangenheit, welche 30, 40, 50 oder 60 Jahre hinter uns liegt. Die Zeit, welche alles verwischt, verwischt auch die Erinnerungen an Krankheiten. Ausserdem existiren bei solchen grossen Zeiträumen in der Mehrzahl der Fälle die Eltern nicht mehr; und welches Vertrauen kann man zu Auskünften haben, welche man aus 2. oder 3. Hand erhält, wenn man solche zufälligerweise über die specielle Gesundheit derselben erhalten könnte? Und es ist gerade diese Schwierigkeit, alle Actenstücke des Processes zusammenzubringen, welche bisher die in Rede stehende Frage unlösbar gemacht hat. Muss man also, wie es einzelne Autoren gethan haben, alle Beobachtungen dieser Art über Bord werfen, ohne sie überhaupt in Rechnung zu bringen, und die Schlussfolgerung ziehen, dass Zufälle der hereditären Syphilis im späteren Alter nicht existiren? Meiner Meinung nach nicht, denn das wäre ein übertriebener und unvernünftiger Scepticismus. Man muss vielmehr die Sachen so nehmen, wie sie sind, und einfach das Folgende sagen: Wir besitzen bis jetzt noch keinen einzigen unleugbaren, unwiderleglichen Fall von hereditärer Syphilis, dessen Erscheinungen sich erst im reifen Mannesalter oder im Alter entwickelten. Aber das beweist nichts gegen die mögliche Existenz solcher Erscheinungen in einer vorgeschrittenen Lebensperiode; denn die Unmöglichkeit, eine Thatsache zu beweisen, würde noch durchaus nicht erweisen, dass diese Thatsache nicht doch existirt. Und ein Beweis, der uns heute noch fehlt, kann uns morgen durch einen Zufall in die Hand gespielt werden. Ich würde sogar hinzufügen, dass eine hereditäre Syphilis der späteren Lebensperiode, wenn dieselbe noch nicht mit Sicherheit erwiesen ist, durch ein Ensemble von klinischen Thatsachen, im Principe rationell scheint und durch Analogie, wenn ich so sagen darf, fast bewiesen ist. Und zwar aus folgenden Gründen: 1. Wie soll man annehmen, dass die hereditäre Syphilis nicht das thun kann, was die erworbene Syphilis thut. Die erworbene Syphilis kann nach 30, 40 und 50 Jahren nach ihrem ersten Entstehen neue Erscheinungen machen. Auf Grund welcher eigenthümlichen Privilegien sollte nun die hereditäre Syphilis frei davon sein, nach langen Zeiträumen Erscheinungen zu machen?

2. Wie soll man anderseits supponiren, dass die hereditäre Syphilis, welche im Stande ist 28 Jahre nach ihrer Entstehung Erscheinungen hervorzubringen, nicht noch über diese Zeit hinaus dasselbe thun könne? Ist das 28. Lebensjahr eine fatale Zahl, welche für hereditäre Syphilis die Säulen des Hercules bedeuten würde? Und welcher Pathologe würde

glauben, dass über diese Zeit hinaus der Einfluss der Heredität nothwendiger Weise verjähren muss? Der gesunde Verstand und die klinische Analogie vereinigen sich, um uns zu dem Gedanken zu führen, dass die hereditäre Syphilis gerade so gut in der Kindheit, wie im Jünglingsalter, wie im Alter bis zu 28 Jahren sich durch Erscheinungen äussern kann. Die Syphilis ist ein und dieselbe; es ist immer dieselbe Krankheit, ob sie durch Vererbung, durch Infection im Uterus oder durch Ansteckung nach der Geburt zu Stande kommt. Unter allen Umständen und welches immer die Art ihrer Entstehung sei, sie bleibt immer Syphilis und ist immer lange Zeit dauernd. Ich würde daher sagen, dass die Existenz dessen, was man die hereditäre Syphilis der Erwachsenen und Greise nennen könnte, etwas ist, was dem Geiste und dem allgemeinen Charakter der Syphilis entspricht. Wir haben für diese Thatsachen, ich wiederhole es nochmals, noch keine absoluten und authentischen Beweise. Diese Beweise können wir in Anbetracht der Schwierigkeiten, die sich entgegenstellen, noch lange Zeit vergeblich erwarten. Aber der Beweis wird eines Tages erbracht werden, zweifeln sie nicht daran.

III.

Erscheinungen der hereditären tardiven Syphilis.

Gehen wir jetzt auf den klinischen Theil unseres Gegenstandes über. Durch welche Erscheinungen äussert sich wenigstens in ihren gewöhnlichsten Formen die hereditäre tardive Syphilis? Das werden uns unsere Beobachtungen lehren. Wenn wir in dieser Richtung unsere specielle Uebersicht von 212 Fällen durchsehen, so finde ich die folgenden verschiedenen Erscheinungen aufgezeichnet, welche ich gleich nach der Häufigkeit ihres Auftretens anordnen will.

Affectionen der Augen	101
Affectionen der Knochen	82
Affectionen der Haut	53
Erkrankungen des Halses (speciell des Gaumensegels)	46
Gehirnerscheinungen	42
Gehörsstörungen	40
Nasenerkrankungen	26
Lebererkrankungen	25
Milzerkrankungen	15
Subcutane Gummata	14
Nierenaffectionen	12
Larinxerkrankungen	10
Rückenmarkerkrankungen	8
Hodenerkrankungen	6
Lungenerkrankungen	5
Gelenkserkrankungen	5
Erkrankungen der Genitalschleimhaut	5
Zungenerkrankungen	4
Nervenerkrankungen	4
Erkrankungen diverser Organe	15

Wenn ich Ihnen alle diese Zufälle beschreiben wollte, meine Herren, so würde das heissen, gelegentlich der Besprechung der tardiven heredi-

tären Syphilis die ganze Geschichte der allgemeinen Syphilis liefern. Das kann natürlich nicht meine Absicht sein. Von allen diesen Erscheinungen haben die einzelnen — und dies verhält sich so in der grösseren Anzahl der Fälle — absolut nichts specifisches in dem Sinne, als sie bei der tardiven hereditären Syphilis geradeso wie bei der erworbenez aussehen und verlaufen, z. B. wenn sich an einem hereditärsyphilitischen Individuum ein Gumma des Zellgewebes entwickelt, dann macht es gerade dieselben Erscheinungen und hat dieselbe Entwicklung wie ein Gumma, welches den gleichen Sitz hat und sich im Verlaufe der erworbenen Syphilis entwickelt. Die Erscheinungen der ersten Reihe könnten also hier durchaus nicht der Gegenstand einer besonderen Besprechung werden. Ich werde mich daher beschränken, sie an geeigneter Stelle zu erwähnen, ohne näher darauf einzugehen. Andere hingegen werden wieder von uns eine besondere Aufmerksamkeit verlangen. Es sind das natürlich diejenigen, welche speciell der hereditären tardiven Syphilis angehören oder welche, ohne für dieselbe specifisch zu sein, in ihrer Physiognomie sich von den Erscheinungen bei erworbener Syphilis unterscheiden. Es sind dazu noch diejenigen, welche aus verschiedenen Gründen gelegentlich in Bezug auf ihre Natur verkannt werden und mit dieser oder jener im Kindes- oder Jünglingsalter gewöhnlichen Infection verwechselt werden. Erwähnen wir z. B. die specifischen Gehirnerkrankungen der hereditären Syphilis, welche oft für gewöhnliche Meningititiden oder für tuberculose Meningititiden gehalten werden. Dies ist das Programm unserer Studien.

IV.

Affectionen der Augen.

I. Keratitis interstitialis (Keratitis von Hutchinson, Keratitis heredosyphilitica.)

Es ist eine sichergestellte Thatsache, dass die Affectionen der Hornhaut bei der erworbenen Syphilis relativ sehr selten sind. Sie sind es in dem Grade, dass sie von einzelnen Autoren geradezu in Zweifel gezogen wurden als Erscheinungen, welche unter dem specifischen Einfluss zu Stande kommen. Durch einen unerklärlichen und eigenthümlichen Contrast sind aber im Gegentheile die Erkrankungen der Hornhaut ein Symptom von ausserordentlicher Häufigkeit bei der hereditären Syphilis. Von den 212 Beobachtungen, welche meine Statistik zusammensetzen, finde ich 88, in denen die Keratitis erwähnt ist, entweder unter dem Titel einer bestehenden Erkrankung oder unter dem Titel eines Krankheitsantecedens, welches in deutlicher Weise durch Hornhautnarben oder durch Störungen der Durchsichtigkeit der Hornhaut sich zu erkennen gibt. Ueber diese Häufigkeit können sie, meine Herren, selbst urtheilen nach dem, was sie in unseren Krankensälen in diesem Jahre selbst zu beobachten Gelegenheit hatten. Unter den 6 letzten Kranken, welche in unsere Klinik eintraten, haben wir 5mal Keratitis constatiren können und zw. 3mal unter der Bezeichnung eines Krankheitsantecedens u. 2mal als bestehende in Rückbildung begriffene Laesion.

Die Hornhauterkrankung, von der ich jetzt sprechen werde, ist ganz bestimmt keine neue Entdeckung. Man hat sie bemerkt und seit langem beschrieben unter den verschiedenen Namen: Corneitis scrophulosa, Kera-

titis profunda, Keratitis diffusa, Keratitis interstitialis, Keratitis vasculosa, Keratitis interstitialis punctata. An diese Laesion knüpfte sich nur ein mässiges Interesse, als plötzlich gegen 1859 eine wirklich wissenschaftliche Agitation in dieser Richtung sich geltend machte. Zu dieser Zeit gab Hutchinson eine ebeu so neue als unerwartete Erklärung, nämlich dass „eine Varietät der Keratitis, die sogenannte Keratitis interstitialis chronica fast immer (u. zw. nach Hutchinsons Ueberzeugung) eine directe Consequenz der hereditären Syphilis sei.“[1])

Es ist unnöthig zu sagen, dass eine derartige Versicherung sofort eine grosse Anzahl von Einwänden hervorrief und seitdem hervorgerufen hat. Und mehr als Einwände, Controversen, häufige Opposition u. zw. in allen Ländern. Es ist wahr, dass in England die Anschauung Hutchinsons, welche von ihm mit Ausdauer und Ueberzeugung vertheidigt wurde, sofort eine günstige Aufnahme fand. Aber überall sonst fand diese Meinung zahlreiche Gegner. Besonders in Frankreich fand sie im Anfange nur eine geringe Anzahl von Anhängern. Als Beweis dafür mag eine berühmt gebliebene Discussion dienen, welche im Jahre 1871 mehrere Sitzungen der chirurgischen Gesellschaft ausfüllte.[2]).

Und selbst heute ist, trotz der zahlreichen Arbeiten, über diesen Gegenstand noch keine Uebereinstimmung zu Stande gekommen. Aber immerhin, wenn auch verschiedene Punkte, und darunter die wichtigsten, streitig bleiben, so ist doch eine grosse Thatsache ausser Zweifel stehend, die für uns von Bedeutung ist; und diese Thatsache ist die Kenntnis einer unleugbaren pathogenetischen Beziehung zwischen dem Einfluss der hereditären Syphilis und der Hornhauterkrankung, welche unter dem Namen der interstitiellen Keratitis bekannt ist.

Diese Varietät der Keratitis wurde im Verlaufe der letzten Jahre unter verschiedenen Namen wiederholt beschrieben. Man nennt sie: Keratitis parenchymatosa, weil sie im Gegensatze zu den Keratitiden, welche an der Oberfläche der Hornhaut sitzen, tiefer eindringt und das Parenchym der Hornhaut selbst in Mitleidenschaft zieht; Keratitis diffusa, weil ihre Grenzen fast immer schlecht gezogen sind und die Conturen des erkrankten Theiles ziemlich ungenau sind; Keratitis punctata, wegen eines eigenthümlichen Anblickes, den sie oft darbietet und den wir bald zu beschreiben haben werden; Keratitis interstitialis chronica auf Grundlage der langen Dauer; Keratitis heredo-syphilitica in Anbetracht des gewöhnlichen Zusammenhanges mit dem Einfluss der specifischen Heredität; und endlich Keratitis von Hutchinson zu Ehren des hervorragenden Arztes, welcher zuerst ihre pathogenetischen Beziehungen mit der Syphilis erfasste. Worin besteht denn nun im wesentlichen diese Varietät der Keratitis?

Es ist ein Process, der die Hornhaut undurchsichtig macht; ein Process, der bald resolutiv ist, u. zw. in einer solchen Weise, dass er verschwinden kann, ohne Spuren zu hinterlassen. Bald aber ist es ein desorganisirender Process, insoferne, als er permanente Flecke, ja eine vollständige Undurchsichtigkeit der Hornhaut bedingen kann. Gehen wir in die Details ein:

[1]) „Ich will es nicht als absolut sicher hinstellen, dass die Keratitis interstitialis in ihrer typischen Form sich nur bei Individuen, welche von hereditärer Syphilis betroffen sind, findet. Aber ich werde es nicht verhehlen, dass dies meine Ueberzeugung ist.“ (Hutchinson l. c. Uebersetzung des Dr. Hermet p. 29.

[2]) Bulletins de la Secieté de chirurgie 1871, p. 247 e. s.

Die Krankheit beginnt immer in einer hinterlistigen Weise, d. h. ohne dass sie durch irgend eine prodromale oder gleichzeitige Störung angekündigt wäre; besonders äussert sie sich durch keine Störung von Wichtigkeit, welche auf die Affection, welche sich vorbereitet, Bezug hätte. Sie beginnt und entwickelt sich ohne Schmerz, ohne allgemeine und ohne locale Reaction, namentlich ohne wesentliche Congestion der Bindehaut. Bisweilen kann sie durch eine bestimmte Zeit latent und unbeachtet bleiben, nämlich dann, wenn sie an den peripheren Partien der Hornhaut sitzt. Sie beeinträchtigt so das Sehen nicht. Das ist relativ wenig bekannt. In den gewöhnlichen Fällen, wo sie in den centralen Theilen der Hornhaut sich entwickelt, ist das erste Symptom, welches sie hervorruft, eine Sehstörung. Diese ist zuerst leicht und unbedeutend. Endlich nimmt sie nach und nach zu, und eine Art von permanent bleibendem Nebel scheint vor dem afficirten Auge zu lagern. Wenn man in einem solchen Momente die Hornhaut bei seitlicher Beleuchtung mit der Lupe untersucht, so findet man im Niveau der erkrankten Partie folgenden eigenthümlichen Anblick. Auf einem leicht opalisirenden Grunde findet sich eine Reihe von graulichen, ausserordentlich kleinen und zarten Punkten, welche die Substanz der Hornhaut selbst einnehmen. Einerseits erscheint die Hornhautmembran trübe, wie ein Fensterglas, welches man anhaucht, und anderseits ist sie mit einer Menge von kleinen graulichen oder grauen Pünktchen bedeckt, was ihr das Aussehen gibt, als wie wenn sie gestichelt oder mit Körnchen bestreut wäre. Diese dichtstehenden opaken Punkte, welche die Lamellen der Hornhaut incrustiren, wurden „mit feinen Nebelpartikelchen“ oder exacter „mit kleinen Streusandkörnern“ verglichen. Bei diesem Grade, welcher die erste Periode der Krankheit kennzeichnet, bleiben die Dinge durch einige Zeit in diesem Zustande ohne wesentliche Modification. Später tritt die Trübung der Hornhaut deutlicher hervor, die kleinen streusandähnlichen Körnchen scheinen zu wachsen und sich einander zu nähern, andere wolkenähnliche Herde bilden sich da und dort und gesellen sich zu den früheren hinzu und dann geschieht es, dass verschiedene andere Symptome der örtlichen Reaction in Scene treten, um die 2. Periode der entzündlichen Trübung hervorzurufen. Was in der That diese neue Phase bildet, in welcher die Krankheit ihren Höhepunkt erreicht, das ist die Vereinigung folgender beider Erscheinungen: einerseits Entwicklung einer vollständigen Trübung der Hornhaut und andrerseits die Intervention eines reactiven Entzündungsprocesses. Durch die Doppelthatsache des wachsenden Zusammenfliessens und der ausgedehnten Entwicklung des Nebelherdes beginnt ein grosser Theil der Hornhaut grau oder bläulichgrau zu werden und das zu verlieren, was ihm noch von Durchsichtigkeit blieb, und sich mehr oder weniger vollständig zu trüben, und zwar so stark, dass die Pupille und die Iris sich nur mehr in einer unbestimmten Weise unterscheiden lassen oder bei einem noch höheren Grade gar nicht mehr unterschieden werden können. Diese Trübung kann eine allgemeine und einheitliche sein; gewöhnlich ist sie von verschiedener Intensität für verschiedene Segmente der Membran und ist am stärksten in den centralen Partien. In dieser Krankheitsperiode hat die Hornhaut ihr physiologisches Aussehen ganz verloren. Man findet dieselbe in eine trübe Membran umgewandelt, deren Farbenton am häufigsten mit dem eines zerkratzten Glases zu ver-

gleichen ist. Zuweilen erinnert sie in Folge des Doppelreflexes, der zugleich graulich und bläulich ist, an die Farbe von Seifenwasser. Dieser Anblick ist übrigens, wie wir gleich sehen werden, zahlreicher Varietäten fähig und sehr häufig vollständig durch die ausserordentliche Vascularisation der Gewebe modificirt. Zur gleichen Zeit, während die Hornhaut auf diese Weise erkrankt, entwickelt sich ein congestiver Zustand in ihrer Peripherie. Das ist zuerst nicht viel, aber nichts anderes als wie ein perikeratitischer Kreis, welcher aus radiären Blutgefässen besteht. Aber derselbe vergrössert sich. Die Vascularisation tritt stärker hervor. Allmählig schreitet sie schrittweise auf das Gewebe der Hornhaut über. Bald durchdringen feine Capillar-Verzweigungen diese Membran, indem sie sich von der Peripherie gegen das Centrum ziehen. Dadurch erhält natürlich die Hornhaut einen neuen Anblick, welcher durch die Infiltration ihres Parenchyms, durch die Gefässe bedingt wird. Die Farbe, welche sie annimmt, ist verschieden nach dem Grade der Vascularisation; bei dem ersten Grade, der einer mittleren Vascularisation entspricht, nimmt die Hornhaut eine Rothfärbung, eine Lachsfarbe, an; bei dem zweiten Grade, welcher einer intensiveren Vascularisation entspricht, wird sie roth (kirschrothe Hornhaut); bei dem 3. Grade sind die Gefässe so ausserordentlich zahlreich und so nahe eines dem anderen, dass sie eine Täuschung hervorrufen können, auf die man gefasst sein muss, um sich gegen dieselbe zu schützen. Sie täuschen einen Blutflecken vor. Man würde im ersten Momente glauben, es mit einem interlamellären Bluterguss zu thun zu haben und es ist nothwendig, um einen Irrthum zu vermeiden, zur Lupe zu greifen, welche die Erscheinung dieser Flecken aufklärt und als ein Netz von dichten und eng aneinander liegenden Capillaren erkennen lässt.

Fügen wir noch hinzu, dass zu dieser Periode und bei dieser ausgebreiteten Form die Hornhaut bisweilen an ihrer Oberfläche afficirt ist, uneben und rauh erscheint, „exfoliirt, als wie wenn man sie mit einer Nadelspitze gestichelt hätte“ und leicht erodirt durch Abhebung des Epithels. Es braucht wohl nicht erst gesagt werden, dass wichtige functionelle Störungen von diesen Erkrankungen herrühren können. Diese sind:

1. Sehstörungen, welche im Verhältnisse zur bestehenden Störung in der Durchsichtigkeit der Membran stehen und von der einfachen Trübung des Gesichtsfeldes bis zur vollständigen Störung der Function schwanken. Wenn die Hornhaut nur wenig afficirt und halb durchsichtig ist, so ist der Kranke noch im Stande, grosse Objecte zu unterscheiden, z. B. die Finger der Hand zu zählen. Aber wenn die Vascularisirung eine ausgebreitete ist und die Undurchsichtigkeit eine vollständige, dann besteht wirkliche Blindheit.

2. Verschiedene Entzündungserscheinungen, welche übrigens nichts specielles haben und bei allen Ophthalmien vorkommen, wie: Lichtscheu, Plepharospasmus, Thränenträufeln, Augenschmerzen, Schmerzen in der Orbita und Periorbita, Schlaflosigkeit, Aufregungszustände, Nervosität, zuweilen sogar leichte Fieberbewegungen.

Die Intensität dieser Phänomene wechselt mit dem Grade und der Acuität der Entzündung. Diese ist in der Regel eine mittlere und schwächer, als man sie in einer grossen Reihe anderer Keratitiden beobachtet, z. B. bei der Keratitis phlyctenularis oder ulcerosa. Die Schmerzen

sind in der Regel gering, und steigern sich nur hie und da während der Akme der Krankheit; es ist sogar nicht selten, dass die Schmerzen ganz leicht, gleich null sind. Gerade dann lässt sich diese Krankheit wie Necker und Landolt[1]) erwähnen, „durch Schmerzlosigkeit des Auges, welche contrastirt mit der wesentlichen Störung der Durchsichtigkeit der Hornhaut und Verminderung oder Vernichtung des Sehvermögens, von anderen tieferen und centralen Infiltrationen der Hornhaut unterscheiden.“ Endlich nach verschieden langer Zeitdauer, welche aber immer eine beträchtliche ist, tritt die Krankheit in die dritte Periode, in die ihres Abschlusses ein. Was wird dann aus den beiden constituirenden Elementen, aus der Vascularisation und dem Infiltrate?

Was die Vascularisation anlangt, so ist es eine feststehende Thatsache, dass dieselbe im gegebenen Momente eine Rückbildung erleidet, welche in einer fortschreitenden Atrophie und in einem Verschwinden der neugebildeten Gefässe besteht. Dieses Verschwinden ist ein vollständiges oder unvollständiges. Für den letzteren Fall findet es aber doch bis zu einem solchen Grade statt, dass die Hornhaut ihr eigenthümliches Ansehen, wie wenn sie von Gefässbäumchen durchzogen wäre, welches sie in der früheren Periode hatte, verliert.

Was das Infiltrat anlangt, so steht da die Sache anders. Es giebt 2 verschiedene Ausgänge Bald — und das besonders unter dem dem Einfluss einer geeigneten Behaudlung — erfolgt eine wirkliche Resorption des Infiltrates der Hornhaut. Nach und nach schwächen sich die Flecken ab, ihre Ausdehnung wird eine geringere und sie hellen sich auf. Es ist möglich, dass sie beinahe ganz verschwinden. Es kann sogar geschehen, dass sie vollständig verschwinden, so dass die Hornhaut wieder ihre physiologische Durchsichtigkeit erlangt. Es muss gleich hier gesagt werden, dass diese mögliche Resorption der Flecken und der deutlichsten Hornhauttrübungen eine der besondersten Eigenthümlichkeiten dieser Erkrankung bildet und der Aufmerksamkeit würdig ist. In einer Anzahl von Fällen übertrifft diese Rückbildung alle Erwartungen, welche man an die energischeste und glücklichste Behandlung hätte knüpfen können. So sieht man zuweilen (und wir hatten jüngst einen solchen Fall an unserer Klinik) sehr beträchtliche Hornhauttrübungen sich fast vollständig aufhellen. Einer unserer kleinen Kranken tritt vor mehreren Monaten mit einer kirschrothen Hornhaut und im Zustande vollständiger Blindheit bei uns ein. Heute hat er nur mehr eine leicht getrübte Hornhaut, die Hornhaut sieht so aus, als wie wenn man ein Glas angehaucht Der Kranke kann grosse Buchstaben lesen und er hat uns heute den Titelkopf des Petit Journal gelesen. Als derselbe auf unsere Klinik kam, hätte kein Mensch ein solches Resultat voraussagen können, wenigstens ohne die Erfahrung von ganz unwahrscheinlichen Verbesserungen, von ganz ausserordentlichen Modificationen erlangt zu haben, deren diese Varietät der hereditären syphilitischen Keratitis zuweilen fähig ist. Aber wir dürfen uns keiner Uebertreibung schuldig machen. Wenn es auch möglich ist, dass eine restitutio ad integrum stattfindet, so ist doch eine vollständige Aufhellung der Hornhauttrübung ein seltenes Vorkommen. Sie erfolgt nur in Fällen mittlerer Intensität. Bei grösserer Intensität ist ein solches Vorkommen ein ausnahmsweises.

[1]) Traité complet d'ophthalmologie, t. II, p. 142.

Wenn die Affection eine stärkere war, so erfolgt die Rückbildung in der Regel in einer unvollständigen und partiellen Weise Und zwar in dem Sinne, dass, wenn die Hornhauttrübungen in einer allgemeinen Weise schwinden, doch immer ein kleinerer partieller Fleck an einer oder an einigen Stellen im Niveau derjenigen Partien zurückbleibt, welche stärker afficirt waren. Das ist der Ausgang für die glücklichsten Fälle. Aber in anderen Fällen erfolgt der Rückgang der Hornhauttrübungen gar nicht oder nur unvollständig. Weit davon, resorbirt zu werden, bleiben die Infiltrate bestehen und endigen damit, dass sie in einen permanenten und unverbesserlichen Zustand der Sclerosirung übergehen. Die Hornhaut bleibt dann immer trübe, undurchsichtig je nach den Fällen, u. zw. in ihrer grössten Ausdehnung, (das ist aber selten), oder in der Regel in einem isolirten Segmente, u. zw. am häufigsten in den centralen Partien. Dadurch wird eine wesentliche Beeinträchtigung des Sehvermögens veranlasst. Meine Herren, sie kennen schon die consecutiven Trübungen durch das früher Gesagte. Denn ich habe ihnen schon unter der Anzahl der retrospectiven Symptome, welche zur Diagnose der hereditären Syphilis im vorgeschrittenen Alter beitragen können, dieselben erwähnt. Die Hornhauttrübungen bilden, was unseren Specialgegenstand betrifft, ein höchst wichtiges semiologisches Element. Ich muss sie ihnen daher genau beschreiben. Sie treten unter 3 Formen auf, welche alle drei Alterationen der Durchsichtigkeit der Hornhaut veranlassen können, welcher immer auch der Ursprung der Trübungen sein mag.

1. In der Form von Leukomen, d. h. in Form von absolut trüben, weissen, für das Licht undurchdringlichen Flecken; [1]) glücklicher Weise eine seltene Modalität.

2. Häufiger tritt die Trübung in der Form des undurchsichtigen Hornhautfleckens auf, und besteht aus einem weniger weissen, weniger trüben, in einem geringeren Grade das Licht abhaltenden Flecke.

3. Am häufigsten findet man die Form des Nebelfleckens. Man hat es dann mit einer einfachen Hornhauttrübung, mit einem durchscheinenden, graulichen, perlgrauen oder graublauen Wölkchen zu thun. Es ist das der häufigste Ausgang der Keratitis syphilitica. Die Nebelflecke, welche wir so häufig an unseren Kranken treffen, sind kleine Flecken ohne bestimmbare Form und von sehr variablem Durchmesser. Häufig genug lassen sie sich in ihrer Configuration und ihrer Ausdehnung einem Leinsamenkorne vergleichen. Man findet mitunter kleinere, zuweilen aber grössere. Als Sitz nehmen sie bald den Pol der Hornhaut ein (und es ist unnöthig, erst zu erwähnen, wie sehr sie dann das Sehen benachtheiligen) und bald nehmen sie die mittlere Zone der Membran ein; seltener findet man sie gegen die Peripherie hinausgeschoben. Wenn sie gut ausgesprochen sind, sieht man sie leicht, besonders dann, wenn sie den Hornhautpol einnehmen, wie sie sich durch ihren graulichen Ton von dem schwarzen Grunde der Pupille abheben. Wenn sie aber leicht, fast durchscheinend und von geringerer Ausdehnung sind und auch dann, wenn sie die peripheren Segmente einnehmen, können sie der Inspection entgehen. Man sieht sie nicht auf den ersten Anblick;

[1]) Zuweilen sah ich Trübungen dieser Art einen eigenthümlichen Anblick darbieten. Die Trübung war eine absolute und verbarg vollständig die hinter der Hornhaut gelegenen Partien; aber die Membran zeigte doch eine gewisse Art von bläulicher Durchscheinbarkeit, welche an ein Fischauge erinnert.

zuweilen unterscheidet man sie auch noch nicht bei einer aufmerksamen Untersuchung und es ist nothwendig, dass man sie durch einen besonderen Vorgang sich wahrnehmbar macht, u. zw. vermittelst der Lupe bei seitlicher Beleuchtung. Erwähnen wir es genau, dass diese Untersuchungsmethode in allen Fällen unbedingt nothwendig ist, wo der Verdacht der hereditären tardiven Syphilis vorliegt und selbst dann, wenn der Kranke über keine Sehstörung klagt. Ich wiederhole es nochmals, dass die Hornhautflecken ein wichtiges Element für die retrospective Diagnose dieser Art liefern und es ist nothwendig, dass man kein einziges Zeichen von solchem Werthe sich entgehen lässt. So äussert sich vom klinischen Standpunkte aus die Hutchinsonsche Augenentzündung, deren Erscheinung und Entwicklung sich in folgendes Schema bringen lässt:

Wir haben 3 Perioden:

I. Anfangsperiode. Getrübte Hornhaut, welche aussieht, wie wenn sie mit feingepulvertem Glas bestreut wäre.

II. Die Periode der Trübung. Sie ist viel länger als die vorausgehende und wird durch 2 Processe bedingt: Undurchsichtigkeit der Hornhaut und interstitielle Gefässinjection.

Während dieser Periode sieht die Hornhaut wie ein rauh gemachtes Glas aus, lachs- oder kirschroth oder wie wenn sie hämorrhagische Flecken hätte.

III. Die 3. Periode zeigt mehr oder weniger vollständige Rückbildung der Undurchsichtigkeit der Hornhaut oder die Undurchsichtigkeit besteht in der Form von Leukomen, von Albugo oder Nephelion fort.

Aber sicherlich würde das Vorhergesagte unvollständig, sein, wenn ich nicht einige Commentare über die erschreckende Etappe der vollständigen Blindheit, welche eine der Perioden der Erkrankung bildet oder bilden kann, beifügen würde. Ich bemerke also Folgendes: Es kann geschehen, dass die Keratitis heredo-syphilitica nur ein Auge ergreift, aber das ist nicht die gewöhnliche Form. In der Regel ist sie doppelseitig; im allgemeinen ergreift sie nur nach und nach beide Augen. Ich halte es für eine Ausnahme, dass sie mit einem Schlage beide Augen gleichzeitig ergreift. Sie kann beide Augen in beträchtlicheren Zwischenräumen ergreifen, aber die Regel oder wenigstens das häufigste ist es, dass sie in ziemlich nahegelegenen Zeiträumen beide Augen erfasst. Daraus ergibt sich, dass in einem gegebenen Zeitmomente der Krankheit sich beide Augen in der Periode der Undurchsichtigkeit befinden, und dass der Kranke für eine mehr oder weniger lange Zeit eine Periode der Blindheit und zwar der vollständigen Blindheit durchmacht. Das kommt ziemlich häufig vor. Wenn Sie die Beobachtungen der hereditären tardiven Syphilis durchschauen, so werden Sie eine ziemliche Anzahl von Angaben in den Krankheitsantecedentien finden, welche Folgendes besagen: „Der Kranke litt an chronischen Augenentzündungen, er war sogar vollständig blind in dem und dem Alter während mehrere Wochen und Monate.“ Es ist das gerade der Punkt, auf welchen ich Ihre Aufmerksamkeit richten will. Denn es gibt da eine Situation und Eigenthümlichkeiten in der Praxis, die ich Sie nicht übersehen lassen darf. Es ist bestimmt kein Zufall von geringer Wichtigkeit, dass eine Blindheit dieser Art ganz unerwartet ein Kind oder einen Jüngling betrifft. Im Gegentheil ist es ein höchst bedeutsames Ereigniss, welches Schrecken in der Familie hervorruft, und welches gewiss auch beim Arzte gerechtfertigte Besorgnisse

erregen wird. Und das ist eine Situation, welche sich jedesmal dann einstellen wird, wenn an beiden Hornhäuten die Periode der Undurchsichtigkeit eintritt. Man wartet dann wohl einige Zeit und mit Ungeduld auf die Resultate der vorgeschriebenen Behandlung. Aber da diese Resultate langsam, mitunter sogar sehr langsam eintreten, so wird die Beunruhigung der Familie bald einem Zustande Platz machen, den man ohne Uebertreibung als Wahnsinnskrisen bezeichnen kann. Es tritt eine vollständige Panik ein. Die erschreckten Eltern verlangen Consultation auf Consultation. Sie wollen, wie sie sagen, alles versuchen; sie wechseln Schlag auf Schlag den Arzt und die Behandlung; sie verlieren wirklich den Kopf und lassen sich zu allen möglichen therapeutischen Abenteuern, wenn sie auch noch so unsinnig, und wenn sie auch noch so riskirt und noch so gefährlich sind, hinreissen. Es ist also nothwendig, dass der Arzt im Vorhinein auf diese Situation vorbereitet sei, um Herr derselben zu bleiben, um sie zu beherrschen. Er wird aller seiner Autorität bedürfen, um Ruhe in der aufgeregten und desorientirten Familie zu erhalten, um trotz allem auf der einzigen Behandlung, welche die Sache zum Guten führen kann, zu bestehen, obwohl dieselbe scheinbar für den Augenblick unwirksam ist. Von dem Benehmen, von der Haltung des Arztes hängt oft unter solchen Umständen das Schicksal des Kranken ab.

Nachdem ich mir diese Einschaltung in Bezug auf die Praxis gestattet habe, nehme ich meinen Gegenstand neuerlich auf und will ihn zu Ende bringen.

Was die Entwicklung der Erkrankung anlangt, von der ich jetzt zu sprechen habe, so kennen Sie schon ihren eigenthümlich schleichenden Anfang. Von da ab schreiten die Krankheitserscheinungen im allgemeinen in einer progressiven und continuirlichen Weise fort und dazu kommen noch einige Exacerbationen, welche von Zeit zu Zeit auftreten können. Dazu ist noch besonders die ausserordentliche Langsamkeit mit der gewöhnlich die Krankheit fortschreitet und die daraus folgende lange Dauer zu erwähnen. Die verschiedenen Perioden der Erkrankung haben nicht die gleiche Dauer. Der Beginn der Erkrankung beträgt in der Regel nur 3 bis 4 Wochen. Die zweite Periode dagegen ist lang, sehr lang, sie zählt nach Monaten. Im Mittel beträgt sie 3 bis 4 Monate, im Minimum 2 Monate und im Maximum 5, 6, 7, 8 und 9 Monate. Die Periode der Rückbildung ist ebenfalls eine lange. Es bedarf oft 3, 4, 5, 6 Monate und mehr, damit die Hornhaut sich wieder aufhellt. Wenn wir die mittleren Zeiten zusammenrechnen, so werden sie zu einer totalen Dauer von 6 bis 10 Monaten kommen, oft kann dieselbe aber auch 12, 15 und 18 Monate betragen. Es muss noch gesagt werden, dass die Dauer sehr ungleich ist, je nach den Fällen und nach den verschiedenen Nebenumständen, wie Intensität der Symptome, Begleiterscheinungen, Art der Behandlung u. s. w.

Hutchinson erwähnt einen Fall, wo sich die Hornhaut in zwei Monaten aufhellte und Galetschowsky berichtet über einen anderen, der nicht weniger als wie 2 Jahre gedauert hat.

Ich komme jetzt auf die Varietäten der Erkrankung zu sprechen. Es gibt deren verschiedener Art.

I. Varietäten des Grades, d. h. der Intensität der Erscheinungen. Es wird genügen, dies zu erwähnen.

II. Varietäten der Form. Diese sind interessant, weil sie sich auf die Differenzen des Gesammtbildes beziehen, welche der Erkrankung mitunter sehr verschiedene Physiognomien aufdrücken. Wir wollen die beiden folgenden erwähnen:

1. Varietäten, welche im Beginne sehr rasch und mit Reactionserscheinungen, welche mehr oder weniger intensiv sind, auftreten. Der Beginn entspricht dem einer entzündlichen Keratitis: es besteht sclerocorneale Injection, Augenschmerzen und Schmerzen in der Periorbita, Lichtscheu, Thränenfluss etc., und sehr rasch bilden sich Hornhauttrübungen. Mit einem Wort, der Verlauf einer acuten Ophthalmitis. Darnach Abnahme der verschiedenen Erscheinungen und Rückkehr zum gewöhnlichen Typus.

2. Varietäten der entgegengesetzten Form, welche ich gerne eine torpide nennen möchte, bei welcher sich die Hornhautlaesionen, um mich so auszudrücken, auf kaltem Wege, bei Fehlen eines jeden congestiven Processes bilden; wenige Gefässbildungen; die Injection der Hornhaut und des pericornealen Gewebes ist kaum entwickelt; chronischer Verlauf der ganzen Erkrankung.

Diese beiden Formen bieten, wie Sie sehen, einen vollständigen Gegensatz.

III. Varietäten, durch hinzukommende Complicationen. Verschiedene Complicationen können zur Keratitis dazukommen. Am häufigsten sind es Iritiden, Scleritiden, Entzündungen der Choroidea und der Netzhaut.

Am häufigsten kommt die Iritis vor; „eine schwere Complication,“ wie mit Recht Galezowsky und Daguenet sagen. [1])

Dieselbe zeichnet sich zunächst durch einen eigenthümlichen Charakter von Malignität aus und dann findet bei einer von Infiltraten durchsetzten Hornhaut die Aufsaugung des Atropins schlecht statt und es kann sich daher eine totale hintere Synechie bilden, welche den Ausgangspunkt für eine Irido-Choroiditis oder eine Irido-Kyclitis bilden kann.

Man muss sich vor dieser speciellen Complication sehr fürchten, da man sie sehr schwer überwachen und sehr schwer ihren Anfang wahrnehmen kann, weil die Hornhauttrübungen die Iris und die Pupille verdecken. Anderemale, aber das ist ausserordentlich selten, kann die Hochgradigkeit der gesammten entzündlichen Erscheinung verschiedene Complicationen an der Hornhaut selbst erzeugen, wie Erosionen, Ulcerationen, Erweichung des Hornhautgewebes und consecutives Staphylom. Die Prognose ist immer ernst, sogar sehr ernst in Anbetracht der möglichen Folgen der Affection, welche in verschiedenem Grade die Sehfunctionen behindern kann. Es ist allerdings wahr, dass wir gegen diese Varietät der Keratitis über eine ziemlich wirksame Therapie verfügen, um die oft so bedauernswerthen Consequenzen zu beschwören; und es ist sicher, dass diese Behandlung glänzende Resultate aufzuweisen hat. Von diesem Gesichtspunkte aus ist es nothwendig von neuem eine nicht weniger wichtige als überraschende Thatsache zu specificiren. Diese besteht darin, dass die antisyphilitische Behandlung im Stande ist Resultate hervorzurufen, welche geradezu an das Grossartige grenzen. Man sieht so zuweilen absolute Hornhauttrübungen vollständig sich auflösen. Auf jeden Fall hat die specifische Behandlung

[1]) Diagnostic et traitement des affections oculaires.

Kranke geheilt, für welche man keine Heilung mehr hoffen durfte. Ein jeder Arzt, welcher eine gewisse Anzahl von hereditärsyphilitischen Keratitiden behandelt hat, wird sich an Fälle erinnern, in welchen er gegen seine Erwartung und gegen eine jede rationelle Voraussicht Hornhauttrübungen, welche sehr beträchtlich waren, sich nach Möglichkeit aufhellen und vollständig sich zertheilen sah. Ich habe in meinen Aufzeichnungen eine Reihe solcher Thatsachen. Sie sehen, dass ich der Behandlung sehr günstiges nachsage. Aber dessenungeachtet muss ich anerkennen, dass die Resultate nicht immer so glückliche sind und auch nicht immer so vollständig glückliche. Es gibt eine ganze Anzahl von Fällen, welche trotz einer energisch eingeleiteten und angemessen fortgesetzten Behandlung doch sehr hartnäckig sind, sich in die Länge ziehen und recrudesciren oder Rückfälle zeigen, und welche endlich damit abschliessen, dass sie als Folge Hornhautflecke zurücklassen. Dies ist auch die Meinung von Wecker und Landolt [1]) und ich glaube sagen zu dürfen, der meisten Augenärzte.

Man muss sich daher vor dem übertriebenen Optimismus mancher Autoren hüten, für welche diese Affection nur eine relativ günstige Prognose vertragen würde, „dank der Intensität der therapeutischen Wirkung, über welche wir gegen sie verfügen,“ sagen dieselben. Die Wahrheit ist, dass die specifische Behandlung nicht immer, nicht einmal im Allgemeinen die Keratitis heredo-syphilitica heilt. Dasjenige, was vielmehr den klinischen Resultaten conform ist, das ist, dass in gewissen Fällen die Behandlung auf die Krankheit, selbst auf die schwersten Formen derselben, den mächtigsten, fast ausserordentlich heilenden Einfluss ausübt, aber dass in einer anderen Anzahl sie nur langsam und schwer die Krankheit zum Schwinden bringt und oft nur in einer mehr oder weniger vollständigen Weise. Es ist unnöthig hinzuzufügen, dass die Prognose natürlich und nothwendigerweise von multiplen und verschiedenen Bedingungen abhängig ist. So von der Form der Krankheit, von der Intensität der Trübungserscheinungen, von dem centralen oder peripheren Sitze des Infiltrates, von Complicationen, welche die Gebilde hinter der Hornhaut treffen, früher oder später Intervention der specifischen Behandlung. Muss man zu letzterem Momente noch die Meinung, welche von einzelnen Autoren gehegt wird, anführen? Man sagt, man brauche keine specifische Behandlung, da diese Affectionen von selbst heilen, man könne sie dem Exspectativverfahren oder wenigstens der hygienischen Obsorge überlassen. Es ist das eine waghalsige Behauptung, welche die Prüfung nicht aushält. Gewiss ist es wohl möglich, dass manche Fälle von Keratitis heredo-syphilitica von selbst geheilt sind, und ich will es glauben, weil man behauptet, es beobachtet zu haben. Aber wieviele solcher Fälle hat man gesehen? Unter welchen Bedingungen haben sich diese Fälle entwickelt? In welchem Verhältniss der Häufigkeit bieten sie sich dar im Vergleich mit denjenigen, welche weit entfernt davon, von selbst zu heilen, nur schwer und unvollständig heilen, selbst bei einer rationellen und energischen Theraphie? — Dies alles hat man unterlassen — und zwar ohne Zweifel aus guten Gründen — genau zu specificiren. Summa

[1]) . . . „Es thut mir leid constatiren zu müssen, wie oft trotz der bestgeleiteten Behandlung Trübungen bestehen bleiben, welche zum Schluss eine chirurgische Intervention nothwendig machen.“ (l. c. p. 145).

Summarum: Die klinische Beobachtung spricht sich so entgegengesetzt als nur möglich gegen die spontane Resolution der Keratitis heredosyphilitica, insoferne als dieselbe eine habituelle Thatsache wäre, aus. Und andererseits muss man wirklich die Augen in vorgefasster Weise gegen die sichtlichen Thatsachen verschliessen, wenn man von dem deutlichen, oft überraschendem Einflusse der specifischen Behandlung auf die Krankheit nicht überrascht sein will. Ein letztes Element der Prognose liegt in der Möglichkeit der Rückfälle und der Recidive. Wirkliche Recidive kommen nicht sehr oft vor. Dennoch hat man häufig Individuen, welche von einer ersten Keratitis befallen waren, nach kürzerer oder längerer Zeit heilen gesehen; dann wurden dieselben Individuen einige Jahre später von einer neuen Keratitis befallen. Die Rückfälle sind aber sehr häufig. Dieselben ereignen sich in einer beträchtlichen Anzahl von Fällen und bewirken, dass die Krankheit eine kürzere oder längere Dauer hat, mitunter ganz merkwürdig lange wird, so dass sie sich über mehrere Jahre hinaus erstreckt. Ich will Ihnen ein Beispiel dieser Art mittheilen.

Ein Hereditärsyphilitischer, welcher sich gegenwärtig in meiner Behandlung befindet, fing mit ungefähr 7 Jahren an, an einer beiderseitigen interstitiellen Keratitis zu leiden. Während voller fünf Jahre trat bei diesem Individuum abwechselnd vollständige Besserung und unerwartete Exacerbationen auf.

Ein anderer Kranker, den Sie voriges Jahr an meiner Klinik sehen konnten, wurde im Alter von 13 Jahren von einer beiderseitigen interstitiellen Keratitis befallen, welche ihn für eine Zeit von circa 10 Monaten absolut blind machte. Dieselbe wurde — ich will nicht sagen geheilt, weil er Hornhautnarben behielt, — erst mit 19 Jahren von den Entzündungserscheinungen, welche diese Affection zur Folge hatte, befreit. 7 Jahre lang litt er an seiner Augenkrankheit, von einem Spital und von einer ophthalmologischen Armenapotheke zur andern ziehend, bald durch irgend eine Behandlung wesentlich gebessert, bad mehr oder weniger heftige Nachschübe erleidend.

Diese hereditär-syphilitische Keratitis hat sozusagen keine Aetiologie. Eine Manifestation des diathetischen Einflusses entsteht sie durch diese Diathese allein, ohne dass es nothwendig wäre, dass sie durch anderweitige Irritationen angeregt würde. Auch scheinen die verschiedenen zufälligen Momente (wie Erkältungen, Feuchtigkeit, Zahnung etc.), welche andere Augenerkrankungen, anregen, keine Rolle bei der in Bede stehenden Keratitis zu spielen.

Wie andere Erscheinungen der hereditären Syphilis entsteht auch die Keratitis natürlich bei jugendlichen Individuen. Man hat dieselbe, soviel ich weiss, bisher noch nicht über das 26. Lebensjahr hinaus beobachtet. Mit besonderer Vorliebe kommt sie in einem bestimmten Alter vor. Am häufigsten vom 8. bis 15. Lebensjahre nach Hutchinson. Nach meiner persönlichen Erfahrung vom 10. bis 12. Lebensjahre. Hutchinson sah sie in 98 Eällen auftreten:

von	2—5	Jahren	7mal
„	5—10	„	30 „
„	10—15	„	39 „
„	15—20	„	16 „
„	20—26	„	6 „

Meine Erfahrung beruht auf 63 in dieser Beziehung sorgfältig studirten Fällen und lautet folgendermaassen:

vom 2.—9. Jahre 27 Fälle
„ 10.—12. „ 23 „
„ 13.—20. „ 13 „

Nach einer Statistik des Dr. Parinaud [1]) kam die Keratitis in Folge hereditärer Syphilis am häufigsten zwischen dem 7. und 18. Lebensjahre vor, woraus folgt, dass man sagen kann, die Keratitis in Folge hereditärer Syphilis kommt häufig, in der Kindheit vor, wird besonders häufig im Alter von 10 bis 15 Jahren und viel seltener über dieses Alter hinaus.

Als interessantes Detail muss ich noch anführen, dass die Keratitis ganz ausnahmsweise in der frühesten Lebensepoche, sogar in utero sich entwickeln kann. Erinnern Sie sich in dieser Beziehung an ein ganz junges Kind, welches Dr. Parrinaut die Liebenswürdigkeit hatte, uns vorzustellen. Dieses Kind war nach den Aussagen seiner Mutter schon mit sehr kranken Augen geboren worden und zeigte mit 4 Wochen eine vollständige Trübung der Hornhaut mit einem ganz eigenthümlichen blauen Reflex, welcher an ein Fischauge erinnerte. Wir müssen hier auch noch die ganz unerklärliche Thatsache anführen, welche schon von einer Anzahl Autoren erwähnt wurde, dass mit besonderer Häufigkeit das weibliche Geschlecht von dieser Affection befallen wird. In dieser Beziehung ergibt meine Statistik das Folgende: an männlichen Individuen wurden 37 Fälle, an weiblichen 46 beobachtet. [2])

Die Behandlung dieser Affection muss gleichzeitig eine allgemeine und eine locale sein. Die Allgemeinbehandlung besteht, wohlverstanden, in der Anwendung des Mercur und des Jodkali. Am Beginne der Behandlung ist es angezeigt, möglichst energisch zu handeln und gleichzeitig Quecksilber und Jod zu verabreichen, um so rasch als möglich die Krankheitsentwicklung zu hemmen. Später wird man die alternierende Behandlung durchführen, um die Verdauungsorgane zu schonen, und um ohne Gefahr für eine Angewöhnung die therapeutische Actionskraft für die Medicamente zu erhalten. Man wird dann verschreiben: für 3 Wochen Mercur, für 3 folgende Wochen Jod, dann wird man wieder Mercur geben, dann wieder Jod u. s. w.

Man braucht es wohl nicht erst zu sagen, dass, wenn es möglich ist, die Einreibung den innerlichen Gebrauch des Mercurs ersetzen soll. Das Wichtige ist, dass beide Mediacmente in entsprechender Dosis gegeben werden. Sie wissen, dass die mercurielle Einreibung und das Einnehmen des Jodkalium zwei Behandlungsmethoden sind, welche von Kindern und jüngeren Individuen sehr gut ertragen werden. Der Einfluss, den die specifische Behandlung auf die Hutchinson'sche Keratitis ausübt, braucht nicht mehr erwiesen zu werden. Man verdankt dieser Behandlung zahlreichen und unwiderleglichen Versuchen und zwar — ich scheue mich nicht, es noch einmal zu wiederholen, wegen des Interesses, welches sich daran knüpft, — in sehr schweren Fällen, welche wenig Hoffnung lassen. Davon haben Sie so viele Beispiele in unserer Klinik gesehen, dass ich es für überflüssig halte, neue Beobachtungen anzuführen. Ist es nothwendig

[1]) Archiv. général. de medicin 1883, Band II., Seite 521.

[2]) Einige andere Autoren sind zu viel auffälligeren Zahlenunterschieden in dieser Beziehung gekommen. So sah Parinaut unter 32 Fällen seiner Beobachtung 22 an Mädchen und nur 10 an Knaben.

oder nützlich, diese Behandlung durch Verabreichung von tonischen oder antiscrophulösen Mitteln (wie des Leberthrans, des Eisens, des Chinins, der Bittermittel etc.), so wie es einzelne Autoren wollen zu unterstützen? — Ja oder nein, je nach dem Falle. Man wird sie verabreichen, wenn der Kranke anämisch, schwach, scrophulos, lymphatisch oder zart ist. Im gegentheiligen Falle wird man sie nicht verabreiohen.

Man hat die antiscrophulose Behandlung für solche Fälle sehr gelobt. Man hat selbst erklärt, dass sie in ihrer Wirkung höher stünde als wie die specifische Behandlung und dass sie im Stande wäre, zu realisiren, was weder das Quecksilber noch das Jod könne. Seien Sie sicher, diese Meinungen haben ihren Ursprung in der Verwechslung der Keratitis scrophulosa mit der Keratitis heredo-syphilitica.

Indem man auf scrophulose Erkrankungen, welche man für specifisch hielt, die antiscrophulose Behandlung anwendete, glaubte man auf diese Weise syphilitische Erscheinungen geheilt zu haben. Die Wahrheit ist, dass diese Behandlung auf die Constitution der Kranken einwirkt und dass sie Gutes leistet, wo die Constitution eine schwache ist. Aber abgesehen davon ist diese Behandlung weit davon entfernt, die mehr directe Wirksamkeit der specifischen Medication zu besitzen. [1])

Obwohl die locale Behandlung nicht die Bedeutung der allgemeinen hat, so kann sie doch sehr gute Dienste leisten. Kurz zusammengefasst wird sie in Folgendem bestehen:

1. Man wird das Auge vor einer jedweden äusserlichen Excitation schützen; zu diesem Zwecke wird man die Kranken dunkle Schutzbrillen tragen lassen, welche mit schwarzem Taffet umgeben sind.

2. Man wird Atropin einträufeln, um die Reizbarkeit des Auges zu mildern, die Lichtscheu zu mässigen und die Consequenzen einer complicirenden Irritis zu verhindern, eine Complication, welche immer möglich, ja selbst häufig ist und meist sich nicht abschätzen lässt.

3. Die Anwendung der feuchten Wärme in der Form, wie wir sie schildern werden. Die Mehrzahl der Augenärzte stimmt darin überein, die feuchte Wärme anzuwenden in der theoretischen Absicht, das hervorzurufen, was man die heilsame Hornhaut-Vascularisation nennt. Für sie wäre die Vascularisation die wesentliche Bedingung, ohne die es keine Heilung geben kann. Sie sagen, es sind die neugebildeten Gefässe, welche allein das Infiltrat zur Aufsaugung bringen können. „Sobald

[1]) Zahlreiche Beweise könnten in dieser Beziehung erbracht werden. Ich werde mich begnügen, 2 Typen solcher Beobachtungen (welche ich Trousseau entlehne), in welchen die hereditärsyphilitischen Keratitiden der specifischen Behandlung (mercurielle Einreibung und Jodkali) mit einer bezeichnenden Schnelligkeit wichen, nachdem sie lange und hartnäckig einer antiscrophulosen Behandlung Widerstand geleistet hatten.

1. Ein 16 Jahre altes hereditärsyphilitisches Mädchen litt beiläufig seit 9 Monaten an einer Hutchinson'schen Keratitis; seit dem Beginne wurde sie mit Leberthran, Eisen und Atropin behandelt; keine Besserung. Es werden Einreibungen und Jod verabreicht; einen Monat darauf ist die Hornhaut absolut aufgehellt. 2 Monate später Heilung mit Fortbestand eines leichten excentrischen Leukoms, welches das Sehen nicht beeinträchtigt.

2. Ein 21-jähriger, hereditärsyphilitischer Mann litt seit beiläufig 11 Monaten an Hutchinson'scher Keratitis. Die Infiltration der Hornhaut war eine ausgebreitete und tiefe. Unter der antiscrophulosen Behandlung, welche seit dem Beginne der Erkrankung mit Leberthran, Jodeisensyrup, Chinin etc. in Scene gesetzt worden war, war keinerlei Modification erfolgt. Nach 9-wöchentlichem Gebrauch von Jodkali und Einreibungen war vollständige Heilung erfolgt.

die Hornhaut vascularisirt ist, kommt es zur Aufklärnng der Trübungen, ohne dass man weiter zu interveniren brauchte.“ (Panas.)

Diese Pathogenie würde zu einer Discussion Anlass geben können. Aber was liegt daran. Das Wesentliche ist es, dass die feuchte Wärme gut thut und uns ist einerlei, warum. Da sie gutthut, rathen wir sie an und verordnen folgendes: wir legen auf die Augen Compressen, welche eingetaucht sind in eine warme Lösung (z. B. in einen Aufguss von Camillen) in der Temperatur von beiläufig 40°. Dieser Umschlag wird 20 bis 25 Minuten liegen gelassen und 4, 5 bis 6mal des Tages wiederholt; unter anderem auch Dampfdouchen der Augen, beiläufig 3 im Mittel in der Dauer von 10, 15 bis 20 Minuten. Dieses Douchen wird mit einem Zerstäuber, z. B. mit dem Apparate von Lourenço gemacht.

Das muss man thun, meine Herren, und nichts mehr. Das muss man lange thun mit Geduld und Hartnäckigkeit ohne sich zu Interventionen anderer Art fortreissen zu lassen, welche fast immer unnütz und oft schädlich sind. Sich darauf beschränken ist mitunter schwer in Anbetracht der Langsamkeit der Resultate, der natürlichen Ungeduld des Kranken und besonders der Eltern des Kranken. Dessen ungeachtet muss man sich in einer resoluten Weise darauf beschränken und zwar in einer eigensinnigen Weise, weil man sonst kein gutes Endziel erreichen wird. Es sind solche Umstände, dass der Arzt seiner ganzen Autorität gegen den Clienten und seiner ganzen Selbstbeherrschung bedarf, um trotz seines anscheinenden Misserfolges in der eingeleiteten Behandlung, ruhig und ausdauernd zu bleiben. Besonders hier muss er vertrauend und geduldig bleiben. Vertrauend, weil er die Erfahrung einer solchen Situation besitzt und die Kenntnis des Endresultates; geduldig, weil er die Länge der Krankheit kennt, die grosse Länge derselben, selbst wenn sie zu einem guten Ausgange führt.

Von diesen Verhaltungsmassregeln wird er nur unter bestimmten Umständen in Folge von Zwischenfällen oder eventuellen Complicationen abweichen. Er wird z. B. bei hochgradigen Excitationszuständen des Auges an den Schläfen Blutegel setzen können oder abführende Mittel verabreichen; oder er wird wegen lebhafter Schmerzen calmirende Einreibungen (Belladonna)- oder Morphiumsalbe), um die Orbita herum, oder sogar einige Morphiuminjectionen verordnen. Aber auf alle Fälle wird er sich hüten, den oft geübten Fehler zu begehen, adstringirende oder revolsive Augenwässer, wie Zinksulfat, nitras argenti etc. irritirende Salben, caustische Salben, Einblasungen von Puder oder Agentien dieser Art anzuwenden, welche nur die Verschlimmerung der Entzündungserscheinungen und die Erhöhung der Krankheit bedingen können.

In einer vorgeschrittenen Periode sind die therapeutischen Indicationen ganz andere. Wenn die acuten Erscheinungen ganz gebessert sind, so veranlasst das mögliche Fortbestehen der Hornhautnarben — welches unglücklicherweise sehr häufig ist — Versuche ganz anderer Art. Es handelt sich darum, diese Hornhautflecken zum Schwinden zu bringen, die Hornhaut aufzuhellen. Was soll man zu diesem Zwecke thun? — Ich glaube, einen wirklichen Vortheil von der Anwendung einer Salbe, welche aus 1 *gr* gelben Quecksilberoxyd auf 10 *gr* Vaselin besteht, gehabt zu haben. Man bringt zweimal des Tages eine kleine Quantität dieser Salbe unter die Augenlider (beiläufig so gross wie ein Stecknadelkopf)

und man führt dann leichte Bewegungen mit dem oberen Augenlide aus, um die Salbe auf der Hornhaut zu vertheilen. [1])

Man hat auch andere Methoden angeführt, welche die Aufsaugung der Hornhautinfiltrate begünstigen sollen. In dieser Beziehung wäre anzuführen: die Paracenthese der Hornhaut, die Sclerotomie, die Iridectomie, die Scarification der pericornealen Capillaren, die Abschabung der Conjunctiva etc. Man sagt, dass diese verschiedenen Methoden die Aufhellung der Hornhaut veranlassen, indem sie die Neubildung von Gefässen um das interstitielle Exsudat veranlassen und so die langsame Aufsaugung dieser Exsudate bedingen. Ich würde den Rahmen meiner Vorlesungen überschreiten, wenn ich diese chirurgischen Proceduren beschreiben und Kritik an ihnen üben würde. Ich beschränke mich darauf, sie zu erwähnen.

V.

Bisher, meine Herren, habe ich Ihnen von klinischen Momenten gesprochen, über welche man mit Ausnahme von partiellen Meinungsverschiedenheiten im Allgemeinen gleicher Ansicht ist.

Wir werden aber jetzt zu einem Capitel unseres Gegenstandes kommen, in welchem sich ganz andere Meinungsverschiedenheiten ergeben werden. Es ist das Capitel über die Interpretation, welche man den Symptomen und den im Vorausgehenden geschilderten Erkrankungen geben soll, d. h. dieser Keratitis der hereditär-syphilitischen Individuen.

Was ist denn diese Keratitis? Ist das eine syphilitische Manifestation? Rein und ausschliesslich eine syphilitische? Ist es nicht im Gegentheil eine Erscheinung, welche von der Syphilis nicht abhängig ist und von anderen Diathesen, von anderen organischen Dispositionen abhängt? Könnte sie nicht eine gewöhnliche Erkrankung, eine allgemeine Erkrankung sein, welche von verschiedenen anderen Ursachen abhängt? Welche Bedeutung kann man an dieselbe knüpfen?

Es ist eine ganze Reihe von heiklen, schwierigen und sehr verschieden zu beurtheilenden Fragen, es sind das Fragen, welche zu früh gelöst wurden von den einen, von den andern für unlösbar gehalten, und über welche auf alle Fälle sehr heftige Controversen geführt werden.

Wir wollen an diese Fragen jetzt ohne vorgefasste Meinung herantreten und dieselben, wenn es möglich ist, durch die klinische Analyse zu lösen trachten.

Ein wahrer Conflict der Meinungen trat an dem Tage auf, wo der Arzt, von dem ich schon wiederholt gesprochen habe, nämlich Hutchinson versuchte, „diese Varietät der Keratitis, welche ich soeben beschrieben habe, mit der Syphilis und zwar ausschliesslich mit der ererbten Syphilis in Zusammenhang zu bringen."

Die mannigfachen Divergenzen, welche sich diesbezüglich gebildet haben, lassen sich in folgende 4 sich widerstreitende Doctrinen zusammenfassen. Ich werde dieselben jetzt einer Prüfung unterziehen.

I. Eine Meinung betrachtet die in Rede stehende Keratitis als eine „kachektische Erkrankung," als eine „Aeusserung des elenden Zu-

[1]) Es ist dringend nothwendig, die Augen, namentlich den unteren Blindsack der Conjunctiva $^1/_4$ Stunde nach der Anwendung der Salbe auszuwaschen. (Trousseau.)

standes des Organismus.“ Obwohl dieselbe von einem so hervorragenden Chirurgen, wie Panass [1]) geäussert, erscheint mir diese Lehre doch unzulässig. Für seine Anschauungen bringt Panass Folgendes vor:

1. Fast immer, sagt er, sind die mit interstitieller Keratitis behafteten Kranken schwächliche, blasse, schlecht genährte Individuen von schwacher Constitution und zerrütteter Gesundheit.

2. Fast immer recrutiren sich die Kranken, welche von dieser Keratitis befallen werden, aus der armen Bevölkerung, „welche fast allein für dieselbe das Contingent liefert.“ „Es ist die Keratitis der Armen,“ schreibt ein Schüler von Panas, Dr. Dauphin. [2])

Eine Anzahl von anderen Beobachtern und ich selbst, sind zu anderen ätiologischen Resultaten gelangt.

Es kommt gewiss vor, dass man die interstitielle Keratitis bei Kachektischen, bei Armen, bei „Bettlern“ findet. Aber es ist das ein Zufall; man findet sie auch bei Individuen, welche unter ganz anderen organischen Bedingungen sich befinden und aus einer ganz anderen Gesellschaftsclasse stammen. Ich habe sie wiederholt in meiner Privatpraxis, d. h. an vermögenden Menschen gesehen. Im Spital beobachtet man sie ungezählte Male an Kindern oder Jünglingen, welche einen sehr verschiedenen Grad der Kachexie zeigen. Als Beweis mögen die zwei letzten Kranken, die Sie in meiner Klinik gesehen haben, dienen: Der eine ist ein 18 Jahre alter Bursche, der eine gute Muskulatur besitzt und der sich wenigstens einer mittelguten Gesundheit erfreut. Das andere Individuum ist ein schönes Kind von 12 Jahren. Dasselbe ist für sein Alter etwas klein, aber kräftig, stämmig und erfreut sich des besten Wohlbefindens.

Und als Gegenbeweis: wieviele Kinder und Jünglinge, welche arm und kachektisch sind, sehen wir in unserer Ambulanz im Spitale, welche frei sind von Keratitis im Momente, wo sie sich vorstellen und auch früher frei von derselben gewesen sind. Die Kachexie und die Armuth erklären also nichts bei dieser Erkrankung. Sicher sind das 2 Momente, welche möglicherweise eine Prädisposition geben können, und die zu leugnen ich weit entfernt bin. Aber sicher ist es auch, dass weder die eine noch die andere die wesentliche Ursache, die einzige Ursache der Keratitis, welche uns jetzt beschäftigt, ist, weil sich dieselbe gewöhnlich unter ganz entgegengesetzten Bedingungen, d. h. bei Individuen von mittelguter Constitution, welche das Elend niemals gekannt haben, findet.

II. Eine zweite Lehre macht aus der interstitiellen Keratitis eine Erscheinung der Scrophulose. Diese Anschauung wurde lebhaft bekämpft und von verschiedenen Aerzten, besonders von Hutchinson entschieden zurückgewiesen. Durch die Beobachtung wird es in der That unwiderleglich, dass die interstitielle Keratitis sich am häufigsten an Individuen findet, an welchen weder bestehende noch vorausgehende Erscheinungen der Scrophulose nachgewiesen werden können, und ist man auch nicht in der Lage, Erkrankungen dieser Art bei ihren Erzeugern oder Verwandten nachzuweisen. [3])

[1]) Sur la kératite cachetique appelée kératite heredo-syphilitique, Bullet. de la societ. chir. de Paris, 1871, p 239.

[2]) De la kératite interstitielle, Thèses de Paris 1883.

[3]) Zu ganz ähnlichen Schlussfolgerungen gelangt Parinaut in seiner interessanten Studie über die Beziehung der interstitiellen Keratitis zur ererbten Syphilis. Es sagt: „Meiner Meinung nach hat die Scrophulose auf die Entwicklung dieser Augenerkrankung

Ich kann Ihnen daher nur in Bezug auf die Scrophulose wiederholen, was ich Ihnen gerade früher in Bezug auf die Kachexie sagte. Es ist ganz gut möglich, dass die in Rede stehende Keratitis sich zuweilen unter dem Einflusse der Scrophulose entwickelt; es ist nicht weniger wahrscheinlich, dass sie zuweilen in der Scrophulose einen entzündlichen Charakter findet. Aber weil sie sich in der Regel auf Individuen entwickelt, welche nicht mit Scrophulose behaftet sind, ist es unmöglich, sie als eine Erscheinung zu betrachten, welche in der Scrophulose ihre Ursache hat. Gehen wir also weiter, ohne uns länger bei dieser Lehre aufzuhalten.

III. Eine dritte, das erstemal durch Hutchinson vorgebrachte Meinung, die schon durch eine Anzahl von Fachgenossen angenommen wurde, besagt, dass die interstitielle Keratitis durch die ererbte Syphilis bedingt wird und zwar für einen Theil der Kranken ausschliesslich, für einen anderen Theil fast ausschliesslich. Es muss zugegeben werden, dass diese Lehre von Hutchinson mit einem seltenen Talent und mit einer reichlichen Menge von klinischen Beweisen vorgetragen wurde. Dessenungeachtet ist noch nicht alle Welt überzeugt und namentlich bei uns in Frankreich hat diese Lehre zahlreiche Gegner gefunden. Ich will Ihnen die Discussion und die verschiedenen Polemiken, welche über diesen Gegenstand geführt wurden, erlassen und Ihnen sogleich die Schlussfolgerungen, welche sich aus denselben, d. h. welche sich nach meiner Meinung aus derselben ziehen lässt, vorbringen.

Diese Schlussfolgerung ist, dass die Lehre des englischen Arztes einen Theil Wahrheit und einen Theil Irrthum enthält. Der grösste Theil ist Wahrheit. Es ist unleugbar, dass die interstitielle Keratitis sich bei Hereditärsyphilitischen ausserordentlich häufig findet, so dass dieselbe absolut symptomatisch ist. Dafür spricht zunächst die Statistik von Hutchinson und in einer nicht weniger überzeugenden Weise die zahlreichen Beobachtungen, welche in verschiedenen Mittheilungen enthalten sind; dafür spricht auch meine eigene Statistik, wo auf 212 Beobachtungen von hereditärer Syphilis 88 Fälle von interstitieller Keratitis kommen. Wenn der Einfluss der ererbten Syphilis mit der Pathogenese dieser Keratitis nichts zu thun hätte, woher kommt es dann, dass man so häufig die 3 Factoren, welche man als Hutchinson'sche Trias bezeichnet, miteinander vereinigt findet? d. h. wie könnte man die so häufige Vergesellschaftung dieser Keratitis mit 2 anderen Krankheitserscheinungen, mit Missbildung der Zähne und Gehörsstörung, welche als häufiger Ausdruck der hereditären Syphilis vorkommen, erklären? — Wenn der Einfluss der ererbten Syphilis nichts mit dieser Keratitis zu thun hätte, welche Erklärung könnte man der so eigenthümlich häufigen Affection unter den nachfolgenden verschiedenen Bedingungen geben: Bei Kindern von syphilitischen Eltern, bei Individuen, welche deutliche Antecedentien von ererbter Syphilis haben, bei Individuen, welche manifeste Erscheinungen bestehender Syphilis zeigen, in Familien, wo

nur einen ganz beschränkten Einfluss. Vielleicht hat sie aber sogar gar keinen. Ist es nicht bemerkenswerth, dass ich weder in meiner Privatpraxis, noch an meiner Klinik im-Stande war, seitdem ich mich mit dieser Angelegenheit beschäftige, einen einzigen Fall von parenchymatöser Keratitis zu entdecken, welcher mit Sicherheit auf die Scrophulose zurückgeführt werden konnte, welche Erkrankung, wie wir wissen, Hornhautulcerationen oder interstitielle, purulente Infiltrationen hervorruft."

mehrere Kinder zweifellos specifische Erscheinungen darbieten etc., kommt die Keratitis vor. Wenn der Einfluss der hereditären Syphilis für die Entstehung der Keratitis gleichgiltig wäre, wieso käme dieselbe dann so häufig vor in Familien, wo die grosse Sterblichkeit der Kinder einen Verdacht, ja fast ein formelles Zeugniss für die Syphilis liefert.

Und es gäbe noch eine ganze Reihe anderer Argumente, die ich anführen könnte. Man kann sagen, dass sich die interstitielle Keratitis fast immer unter denselben Bedingungen findet. Die Individuen, welche von derselben betroffen werden, „ähneln sich fast alle," wie man ganz richtig bemerkt hat. Wenn nicht immer, so sind es wenigstens sehr häufig Individuen mit graulichem Teint, welche schlecht gebildete Zähne haben, welche verschiedene Erkrankungen des Gehörorgans durchgemacht haben, an Knochenaffectionen leiden oder litten, Verbildungen der Nase oder der Schädelknochen zeigen und an verschiedenen Punkten des Körpers mit Narben bedeckt sind etc.

Diese Individuen bilden, wie Giraud-Teulon ganz richtig gesagt hat, [1]) eine Art natürlicher Familie. Man erkennt sie so, wie man die Individuen einer natürlichen Familie in der Botanik erkennt. Eine Familie im Pflanzenreich fällt sofort durch bestimmte gemeinsame Charaktere auf; so durch den ganzen Habitus, durch die Art des Blüthenstandes, durch die Form der Blüthe etc. Das gleiche gilt für die Hereditärsyphilitischen, welche mit einer Keratitis behaftet sind. Sie bieten ebenfalls gemeinsame Charakteristica dar, welche bewirken, dass diese Individuen das eine dem anderen ähneln und dass die Krankengeschichte des einen beiläufig die Krankengeschichte des andern ist. Diese Angaben von Giraud-Teulon ist vollständig richtig und aus dem Leben gegriffen. Oder sehen Sie es nicht ein, dass diese Gemeinsamkeit der Charakteristica, dass diese Identität der Krankheitserscheinungen zur Evidenz die Action einer gemeinsamen Krankheitsursache beweisen?

Und diese gemeinsame Ursache, welche sich auf diese Weise ausdrückt durch so viele Erscheinungen, welche alle durch die Syphilis veranlasst werden, welche könnte sie anders sein, wenn nicht die Syphilis?

So deutlich wie die Beziehung dieser Keratitis zur ererbten Syphilis ist, so hat es doch, wie Sie nach dem Vorausgegangenen wissen, nicht an Angriffen von verschiedener Seite und verschiedener Art gegen diese Beziehung gefehlt. Ich brauche Ihnen nicht von den Meinungen zu sprechen, welche die Keratitis durch die Kachexie oder durch die Scrophulose zu erklären versucht haben. Aber man hat noch andere Einwürfe gemacht. Erwähnt müssen besonders die zwei Folgenden werden:

1. „Die Keratitis, sagt man, welche eine gewisse Doctrin sich bemüht durch den Einfluss der hereditären Syphilis entstehen zu lassen, hat zum Charakter, dass sie sich mit besonderer Vorliebe im Jünglingsalter manifestirt. Aber das eigenthümliche der hereditärsyphilitischen Zufälle ist, dass sie sich viel früher zeigen, nämlich im Kindesalter oder bald nach der Geburt."

Dieser Einwand beruht auf einem doppelten Irrthume. Erstens äussert sich die Keratitis nicht nur im Jünglingsalter, sondern in jedem Alter. So finde ich in meiner eigenen Statistik Fälle die von der ersten Jugend bis zum 20. Lebensjahre, ja sogar vor der Geburt auftraten.

[1]) Mündliche Mittheilung. — Siehe auch Bullet. de la Société de chirurgie, 1871.

Am häufigsten tritt die Keratitis in der Zeit vom 10. bis 12. und 15. Jahre auf. Aber was bedeutet das? Ist es nicht allen ererbten Diathesen eigenthümlich, das für ihre Aeusserung günstige Alter abzuwarten? Aeussern sich Tuberculose und Krebs im selben Alter? und äussert sich die Tuberkulose nicht in verschiedenem Lebensalter, je nachdem sie die Meningen oder die Lunge betrifft?

Zweitens ist es vollständig irrig zu sagen, dass die ererbte Syphilis sich immer in der Kindheit äussert und es ist ebenso falsch anzunehmen, dass sie gerade in einer Periode, welche sehr nahe der Geburt liegt, alle Erscheinungen, welche sie hervorbringen kann, concentrirt.

Gerade dem Beweis der gegentheiligen Thatsachen sind diese meine Vorträge gewidmet. Dieser erste Einwand ist also nichts werth. Sehen wir uns jetzt den zweiten an.

2. „Man sagt, das Quecksilber ist nicht nur in allen Fällen der Behandlung der Keratitis nicht vortheilhaft, sondern es zeigt sich zuweilen indifferent, ja sogar schädlich.“

Darauf werde ich antworten: Ja, ist denn diese Thatsache erwiesen? In den Fällen, in welchen das Quecksilber inactiv geblieben ist oder zu schaden schien, war da der specifische Ursprung der Keratitis gehörig und sicher erwiesen? Und übrigens, wenn der Fall wirklich unsicher wäre, was würde das im Ganzen beweisen? Ist denn das Quecksilber eine Panacee, welche sicher alle specifischen Erscheinungen heilt? Sehen wir nicht in einer ganzen Reihe von Fällen dasselbe ohne Wirkung bleiben und vollständig inactiv gegen solche Erscheinungen verharren, deren specifischer Ursprung zweifellos ist? Die behauptete Unfehlbarkeit des Mercurs gegen die syphilitischen Erscheinungen ist ein Dogma, welches der Beobachtung wiederspricht und welches ich nach meiner Erfahrung für absolut falsch erkläre.

Uebrigens füge ich noch hinzu: Wenn die interstitielle Keratitis, wie wir es bald sehen werden, weniger einen syphilitischen Zufall, geradewegs gesprochen, bildet als ein indirectes Resultat des Einflusses der ererbten Syphilis, was ist es denn dann erstaunenswerthes, wenn das Quecksilber auf die Keratitis eine geringere therapeutische Wirkung ausübt als diejenige, welche ihm eigen ist gegen die directen Manifestationen der Diathese? Begnügen wir uns mit dem Gesagten Denn um der Wahrheit gerecht zu werden, die Sache ist zur Evidenz erwiesen, und schliessen wir den ersten Punkt unserer Betrachtungen mit Folgendem: Ja, ganz gewiss und über jeden möglichen Zweifel erhaben, bildet der Einfluss der hereditären Syphilis häufig, sehr häufig eine Varietät der Augenerkrankung, welche man als interstitielle, diffuse Keratitis bezeichnet.

Nun eine andere Frage:

Rühren aber alle Fälle von interstitieller Keratitis immer und ausschliesslich von hereditärer Syphilis her? Gibt es keine interstitielle Keratitis ausser bei hereditärsyphilitischen Individuen?

Einzelne Autoren antworten mit Ja. Wir werden gemeinsam mit fast allen Aerzten, den Chirurgen und den Augenärzten, welche die strittige Frage bis auf den Grund studirt haben, mit Nein antworten. Es unterliegt zunächst keinem Zweifel, dass man diese Keratitis auch bei erworbener Syphilis findet.[1])

[1]) Galezowsky, Archives d'ophthalmologie, 1878, p. 302. — Parinaud, Archives générale medic., 1883, t. II. p. 533 etc.

Es ist ebensowenig bestreitbar, dass man sie ausser unter dem specifischen Einflusse noch als Consequenz des Rheumatismus beobachtet. Thatsachen dieser Art wurden von verschiedenen Autoren mit allen Garantien der Authenticität mitgetheilt.

Umsonst hat man eingewendet, dass Fälle, in welchen man nicht den Einfluss der hereditären Syphilis als Ursache der Keratitis anführen könnte, schlecht beobachtete Fälle waren, in denen man nicht genügend nach der hereditären Syphilis geforscht hatte, oder in denen man sie aus verschiedenen Gründen verkannte, z. B. weil man nicht genügend Vertrauen hatte auf gewisse Merkzeichen, welche als retrospectives Zeugniss für die ererbte Syphilis dienen können. Aber dieser Grund berührt mich wenig. Dass Irrthümer dieser Art begangen werden konnten, das glaube ich gerne. Aber es erscheint mir schliesslich unmöglich anzunehmen, dass alle Aerzte, welche die interstitielle Keratitis ohne Einfluss der hereditären Syphilis beobachteten, sich immer und jedesmal geirrt hätten. Es ist nicht denkbar, dass hervorragende Männer der Wissenschaft, dass Augenärzte höchster Competenz, dass hervorragende Syphilidologen alle denselben Fehler begangen hätten, dass sie dazugekommen wären, obwohl sie darauf vorbereitet waren, die Syphilis in den Antecedentien ihrer Kranken unberichtet zu lassen.

Es ist also die Existenz der interstitiellen Keratitis ätiologisch unabhängig von der hereditären Syphilis durch die competentesten Zeugnisse erwiesen.

Daraus ergibt sich, dass die dritte Meinung, über welche wir jetzt discutirt haben, die Meinung, nach welcher die interstitielle Keratitis ein ausschliessliches Product der hereditären Syphilis sei, den klinischen Thatsachen widerspricht und wissenschaftlich nicht angenommen werden kann.

IV. Wenn es sich nun so verhält und die drei vorausgehenden Hypothesen hinfällig sind, so bleibt nur noch eine Meinung übrig, der uns anzuschliessen wir berechtigt sind. Diese werde ich Ihnen jetzt auseinandersetzen und nach dem, was ich vorhin gesagt habe, werde ich in dieser Beziehung kurz sein können. Was ist denn eigentlich diese Keratitis? Stellt sie klinisch oder anatomisch irgend etwas Specielles dar? Und welche Vorstellung können wir uns machen durch ihre Symptome und durch ihre Laesionen? — In Bezug auf die Symptome bietet sie nichts specielles dar, nichts, was nicht ein Krankheitsprocess anderer Natur ebenfalls hervorrufen könnte; andererseits, wenn wir die pathologische Anatomie befragen, so sehen wir, dass die interstitielle Keratitis im wesentlichen aus 2 Factoren besteht: aus Trübungen und aus der Vascularisation der Hornhaut. Entweder sind nun diese Trübungen einfach hervorgerufen durch eine Anhäufung von lymphoiden Zellen im Hornhautgewebe, Zellen von trübem und fettig granulirtem Inhalte. Und was die Vascularisation anlangt, so ist sie nichts als das Resultat neugebildeter Gefässe, eine Bildung, die einer Reizung folgt, welche durch die krankhafte Infiltration der Membran auf die Nerven geübt wird. Nun, ist darin irgend etwas Specielles, der Syphilis Eigenthümliches? — Sicherlich nichtc. Und was liefert in Wirklichkeit dieses anatomische Ensemble? Nichts anderes, nach allgemeiner Zustimmung als eine beginnende Ernährungsstörung mit einer eventuellen Periode der consecutiven Rückbildung, deren activer Factor eine „heilbringende Vascularisation“ ist.

Ich sagte: eine Ernährungsstörung; wir befinden uns auch hier wieder einer jener Ernährungsstörungen gegenüber, wie wir sie schon so oft in der klinischen Geschichte der ererbten Syphilis zu constatiren Gelegenheit hatten.

Hier also haben wir noch einmal etwas analoges zu jenen eigenthümlichen Distrophien, welche den verschiedenen früher studirten Symptomen zum Ursprung dienten, wie Verspätung oder ungenügende Allgemeinentwicklung, Kleinheit der Gestalt, Infantilismus, partielles Zurückbleiben in der Entwicklung, Missbildung der Zähne, (Erosion, Furchenbildung, Mikrodontismus, Amorphismus etc.), Kleinheit der Hoden und der Eierstöcke etc.

Uebrigens hätte ich Ihnen in dieser Beziehung nur zu wiederholen, was ich Ihnen schon mehrmals bei einer jeden dieser Ernährungs-Störungen im besonderen gesagt habe, wie: ist es einen einzigen Augenblick anzunehmen, dass die Syphilis das specielle Privilegium habe, Störungen dieser Art ausschliesslich zum Ursprung zu dienen? Muss nicht der gesunde klinische Verstand es ablehnen, eine Erkrankung trophischer Natur als die Eigenthümlichkeit einer einzigen Erkrankung zu betrachten?

Wir sind also a priori gezwungen, anzunehmen, dass die interstitielle Keratitis, eine trophische Laesion verschiedener Ursachen sein kann und nicht von der Syphilis einzig und allein herrühren muss. Und andererseits bestätigt die klinische Beobachtung diese Indication a posteriori. Denn sie lehrt uns — und zwar aus verschiedenen Quellen — dass man diese Keratitis in unzähligen Fällen unter dem Einflusse von Ursachen entstehen sah, welche der Syphilis vollständig fremd sind, wie in Folge von Scrophulose, von Lymphatismus, in Folge von Kachexie, von Rheumatismus etc.

Nach Wecker und Landolt z. B. würden von 3 Fällen der interstitiellen Keratitis 2 in Folge von Syphilis und einer in Folge von Ursachen anderer Art entstehen. [1])

Daraus ergibt sich als Resultat der vorausgegangenen Discussion folgende Schlussfolgerung: Die interstitielle Keratitis ist weder eine kachektische, noch eine scrophulose, noch eine syphilitische Erkrankung, aber eine Erkrankung vulgärer, gewöhnlicher Art, eine einfache Ernährungsstörung, welche verschiedene Krankheitseinflüsse zu erzeugen im Stande sind. [2])

Von diesen verschiedenen Einflüssen ist es der Wahrheit entsprechend einer, welcher viel häufiger als alle anderen, oder um noch richtiger zu sprechen, viel häufiger als alle anderen zusammengenommen diese Laesion hervorruft und ihr, um so zu sagen, zum gewöhnlichen Ursprung dient. Dies ist der Einfluss der ererbten Syphilis. Uebrigens ist daran nichts staunenswerthes, da ja der Charakter der ererbten Syphilis gegeben ist, welche nichts anderes thut, als diese oder jene locale Laesion entwickeln, aber noch dazu oft den ganzen Organismus ergreift und sich sehr häufig durch Manifestationen ausdrückt, welche eine allgemeine Er-

[1]) L. c. t. II, p. 143.

[2]) Es freut mich, sagen zu können, dass diese Anschauung schon Anhänger gefunden hat. Siehe besonders Massaloux Lamonnerie: Des manifestations oculaires de la syphilis héréditaire tardive. Thèses de Paris 1883; — et L. Leleu: De la kératite interstitielle et de son traitement par les injections souscoutanées de bichlorure de mercure. Thèses de Paris 1884.

nährungsstörung veranlassen. Aber was liegt daran; um die häufigste Ursache der interstitiellen Keratitis zu sein, dürfte die Syphilis nicht für die einzige exclusive Ursache gehalten werden. Im Ganzen also bietet diese Keratitis nichts von den Charakteren einer specifischen Laesion dar, insoferne als sie nicht von einer specifischen Ursache kommt; es scheint im Gegentheil viel gerechtfertigter, viel übereinstimmender mit den klinischen Thatsachen und mit der Anatomie, sie einfach als eine Laesion „gewöhnlicher Ordnung“ zu betrachten, eine Laesion, welche sich sehr häufig die ererbte Syphilis aneignet (wie sich dieselbe soviele andere aneignet), um aus ihnen eine ihrer gewöhnlichen Erscheinungen zu machen.

VI.

II. Iritis.

Die Iritis, das wird heute nicht mehr bestritten, bildet eine der Erscheinungen der ererbten Syphilis und es ist wieder Hutchinson, dem wir die Kenntnis dieser wichtigen Thatsache verdanken. Wenn er auch nicht der erste ist, welcher die Beziehungen der Iritis mit der ererbten Syphilis veröffentlichte, so war er doch wenigstens der erste, der sie genau auffasste und mit Ausdauer studirte und auf eine peremptorische Art und Weise den pathogenetischen Zusammenhang dieses Symptomes mit seinem reellen Ursprung erwies, nämlich mit dem Einfluss der ererbten Syphilis. Schon im Jahre 1863 berichtete der ausgezeichnete Beobachter über nicht weniger als 23 Fälle von Iritis, welche sich an Individuen mit ererbter Syphilis in verschiedenem Alter und zwar im Alter von 6 Wochen bis 16 Monaten entwickelt hatte.

Aber eine andere Frage drängt sich uns in Bezug auf den speciellen Gegenstand, den wir im Auge haben, auf, und dieselbe ist natürlich die folgende: Bildet die Iritis in gleicher Weise eine mögliche Erscheinung der Lues hereditaria tarda? oder mit anderen Worten entsteht sie, kann sie entstehen als Manifestation der specifischen Vererbung an Individuen, welche schon mehr oder weniger im Alter vorgeschritten sind, d. h. während der zweiten Kindheit, während des Jünglingsalters, von 20 bis 35 Jahren und darüber hinaus. Nun wohl; wir sind heute in der Lage, bejahend auf diese Frage zu antworten. Ja, unbestreitbar, ja die Iritis bildet einen Theil der Erscheinungen der ererbten tardiven Syphilis. Man hat sie beobachtet in unwiderleglicher Weise über die ersten Lebensjahre hinaus, an Individuen von 3, 6, 10, 12, 15, 22, 27 Jahren. Hier mögen einige Beispiele folgen:

Ein Kind von 15 Jahren, welches seit 8 Monaten mit einer Augenkrankheit behaftet ist, wird zu Abadie gebracht; Abadie untersucht das Kind und constatirt eine beiderseitige Irido-Keratitis, welche auf der linken Seite bis zu einer vollständigen Obliteration der Pupille geführt hat. Er sucht die Ursache dieser Affection und constatirt ohne von anderen Symptomen zu sprechen, welche ich mit Stillschweigen übergehe, die zwei im Nachfolgenden mitgetheilten Reihen von Erscheinungen, welche insbesondere seine Aufmerksamkeit auf sich zogen.

Einerseits eine enorme Entwicklung der Unterkieferdrüsen und der Drüsen vor dem Ohre, andererseits eine ganze Reihe von kleinen subcu-

tanen Knötchen von der Grösse einer Erbse über die ganze Oberfläche des Körpers zerstreut. Dadurch wird er veranlasst, Syphilis zu vermuthen. Er fragt die Eltern in dieser Beziehung aus und erfährt, dass beide Theile vor der Geburt des Kindes syphilitisch waren. Auf diese Angaben hin diagnosticirt er eine Iritis in Folge hereditärer Syphilis, schreibt die specifische Behandlung vor und erzielt ein dreifaches Resultat: 1. eine vollständige Rückbildung der Augenaffection, Rückbildung der subcutanen Knoten, welche nichts anderes als wie Gummata waren, und endlich Heilung der Drüsenschwellungen, welche, obwohl sie seit 3 Jahren bestanden, sichtlich unter der Einwirkung der specifischen Behandlung zurückgingen, so dass 6 Wochen später keine Spur von ihnen zu sehen war. [1])

Bemerken Sie insbesondere, meine Herren, dass diese letzteren Erscheinungen von mehreren namhaften Aerzten als durch die Scrophulose veranlasst betrachtet worden waren und ohne jedweden Nutzen mit Mitteln gegen die Scrophulose, wie Leberthran, Jodeisensyrup, Aufenthalt am Meere etc. behandelt wurden. Es ist das immer derselbe Irrthum, den wir in einem jeden Capitel unseres Gegenstandes zu bemerken haben, immer diese unvermeidliche Verwechslung der Symptome, welche von der specifischen Vererbung herrühren, mit der Scrophulose.

Eine Beobachtung derselben Art verdanken wir Hutchinson. Sie bezieht sich auf ein Mädchen von 10 Jahren, welches von syphilitischen Eltern herstammt „und welches die Maske der ererbten Syphilis trägt,“ obwohl sie bisher von sichtbaren specifischen Erscheinungen frei geblieben ist. Mit 10 Jahren wurde sie fast gleichzeitig von einer 3-fachen Laesion ergriffen und zwar von einer lupusähnlichen Ulceration, welche die Nase zerstörte, von einer phagedänischen Laesion, welche den Hals betraf, das Zäpfchen und dann das ganze Gaumensegel zerstörte; und endlich eine beiderseitige Kerato-Iritis.

Ich beobachtete den nachfolgenden Fall und verfolgte ihn in seinen kleinsten Details: Ein junger Mann aquirirte Syphilis. Trotz meines Abrathens verheiratet er sich viel zu früh und inficirt er, wie vorauszusehen, seine Frau. Dieselbe wird dreimal schwanger. Die beiden ersten Schwangerschaften führten, zu Fehlgeburten. Ein Jahr später wird ein Kind geboren, welches bald mit Syphiliserscheinungen bedeckt ist und welches seine Amme mit Syphilis inficirte. Behandelt, heilt es provisorisch. Mit 5 Jahren wird es von einer Keratitis interstitialis befallen und von Galezowsky behandelt und geheilt.

Ein Jahr nachher und ohne die mindeste andere Ursache wird das Kind von einer neuen Augenaffection betroffen, welche die Iris ergreift. Galezowsky und ich studieren diese Iritis sorgfältig und wir haben nicht gezögert, sie als durch Syphilis bedingt anzusehen. Das glückliche Resultat unserer Behandlung bestätigte alsbald unsere Diagnose.

Nach den in der Literatur enthaltenen Beobachtungen, sowie nach meiner persönlichen Erfahrung scheint die Iritis in Folge ererbter Syphilis weniger häufig als die interstitielle Keratitis desselben Ursprungs, vorzukommen. Es muss immerhin bemerkt werden, dass dieselbe leicht unbeachtet in einer bestimmten Anzahl der Fälle, ganz besonders bei jungen

[1]) Considerations cliniques et thérapeutiques sur la scrophule et la syphilis héréditaire. (Communication à la Société de med de Paris.) — Union médicale, 11. Octobre 1883.

Kindern vorübergehen kann und zwar in Folge der Gutartigkeit der Symptome, oder weil sie durch eine vorausgegangene oder gleichzeitige Keratitis verdeckt werden.

Wir haben gesehen, dass sie in verschiedenem Lebensalter entstehen kann. Aber ganz gewiss ist es, dass sie häufiger in der Kindheit als in einer vorgeschrittenen Lebensperiode vorkommt. Man kann nach unseren bisherigen Erfahrungen sagen, dass sie selten nach dem 15. Jahre entsteht. Sie kommt allein oder combinirt vor. Mit anderen Worten, das was man beobachtet, ist bald eine einfache Iritis, bald eine Iritis vergesellschaftet mit anderen Augenerscheinungen derselben Natur, wie interstitielle Keratitis, Choroiditis etc. Es ist nicht selten, dass sie nachfolgt oder anderen entzündlichen Erscheinungen vorausgeht. Als Beispiel mag der letzte Fall dienen, den ich erwähnte, in dem das Kind im Verlauf eines Jahres von einer Keratitis und von einer Iritis befallen wurde. Die durch hereditäre Syphilis bedingte Iritis beginnt fast immer in einer auffällig schleichenden Weise. Sowohl was die Schmerzen anlangt, welche leicht oder gleich Null sind, als auch in Bezug auf die Vascularisation des Auges, welche in der Regel wenig ausgesprochen ist. Im übrigen entwickelt sie sich langsam auf eine gewisse kalte oder auf eine mehr subacute Weise. Was die Symptome, welche sie charakterisiren, in den letzten Perioden anlangt, so sind es keine anderen als die der specifischen Iritis. Ich habe sie Ihnen gelegentlich der Besprechung der erworbenen Syphilis in einer Reihe von Vorlesungen beschrieben und ich kann daher davon absehen, das dort Gesagte hier zu wiederholen. [1])

Ich werde nichts thun als Ihnen in einer summarischen Weise einige Eigenthümlichkeiten, welche dieser hereditärsyphilitischen Iritis ihren etwas speciellen Stempel aufdrücken, und dazu beitragen, sie von der vulgären Iritis zu unterscheiden, mittheilen. Als Eigenthümlichkeiten dieser Art bemerken wir die 3 Folgenden:

1. Im Allgemeinen mässige, leichte Injection; wenig entwickelter, perikeratitischer Kreis. Sicherlich beobachtet man in der Form, welche uns beschäftigt, einen gleich grossen Grad der Vascularisation wie man ihn bei der Iritis vulgaris zu sehen Gelegenheit hat. [2])

Im Allgemeinen, mit Ausnahme einzelner solcher Fälle, kann man sagen, dass die Iritis in Folge ererbter Syphilis nicht den inflammatorischen Charakter der Iritiden anderer Natur trägt.

2. Wenigstens relative Schmerzlosigkeit. Wenig oder gar keine Schmerzen; das beobachtet man, wenn nicht immer, so doch in der Mehrzahl der Fälle. Desgleichen wenig oder gar kein Thränen, keine Lichtscheu und kein Erethismus des Auges. Im Ganzen also entwickelt sich diese Iritis auf kaltem oder wenigstens subacutem Wege. Daraus geht folgender Wink hervor, welchen ich Ihrer Aufmerksamkeit empfehle: Misstrauen Sie in Bezug auf ihren Ursprung den im Anfang schleichenden, indolenten, aphlegmatischen und torpiden Iritiden. Wenn Sie an einem Kinde oder an einem Jünglinge eine Iritis dieser Art antreffen, welche ohne allarmirende Erscheinungen entstanden ist und welche sich ohne

[1]) V. Leçons cliniques sur la syphilis, 11. Aufl. p. 486.
[2]) Walton, The medic. Simes, 15. Septbr. 1877.

sehr acute Erscheinungen entwickelt, bei welcher wenig oder gar keine Schmerzen, keine Lichtscheu und kein Thränen entsteht, bei der sich kein perikeratitischer Gefässkreis oder ein kaum ausgesprochener findet etc. Wenn Sie eine Iritis finden, über welche die Kranken nicht klagen und nicht klagten und welche ihre Eltern auch nicht beunruhigte, dann seien Sie misstrauisch und denken Sie an die Möglichkeit der ererbten Syphilis. Suchen Sie an den Kranken Zeichen einer ererbten Syphilis, fragen Sie in dieser Beziehung die Eltern aus und häufig werden Sie die specifische Vererbung als die Ursache einer solchen Iritis finden.

3. Häufig wird die Pupille durch reichliches plastisches Exsudat verschlossen.

Ein eigenthümlicher Contrast ist es, dass diese Iritis, welche mit einem so gemässigten und oft kaum merkbaren entzündlichen Process einhergeht, zuweilen durch die grosse Menge des plastischen Exsudates bemerkenswerth wird. Dasselbe bildet sich im Niveau oder in der Circumferenz der Iris und übergeht auf die Pupille und führt endlich in manchen Fällen zu vollständigem Verschluss derselben. Es ist das ein Punkt, welcher von verschiedenen Augenärzten speciell hervorgehoben wurde, und welcher mich mehrmals lebhaft frappirte.

Unter 23 Beobachtungen, welche seiner Statistik zu Grunde liegen, sah Hutchinson 15, (welche sich, es ist allerdings wahr, auf junge Kinder bezogen), in welchen das Irisexsudat ein sehr reichliches war, und zwar so reichlich, dass es im Stande war, die Pupillenöffnung zu verschliessen, ja sogar zu obliteriren.

In seiner interessanten Arbeit über die hereditärsyphilitische Iritis [1]) weist Giraud Teulon besonders auf diese Thatsache hin und sagt, dass für ihn das Hauptsymptom dieser Iritis ein beträchtlicher Erguss von weisslicher, gelblicher oder röthlicher Lymphe sei, welche die deformirte Pupillaröffnung erfüllt und sich bis in die vordere Kammer ergiesst. Erwähnen wir noch eine andere seltenere Form, der hereditärsyphilitischen Iritis. Es ist das die gummöse Form, welche durch den hervorragenden Augenarzt Trousseau erwähnt und studiert wurde. Dieselbe besteht — ohne von den anderen gewöhnlichen Symptomen der Iritis zu sprechen — in der Entwicklung kleiner gelblicher Knötchen, welche eine braune Umrandung zeigen, eine granulirte oder halbkugelförmige Oberfläche darbieten und welche sehr häufig in der Nachbarschaft oder an dem Rande der Iris haften. Die gummöse Qualität dieser Iristumoren wurde durch die pathologisch-anatomische Untersuchung erwiesen. Dieselbe geht übrigens mit nicht geringerer Evidenz aus dem rapiden rückbildenden Einfluss der specifischen Behandlung hervor. [2])

[1]) Bull. de la Sociét. de chirurg. séance du 22. Nov. 1871.

[2]) Einer noch nicht herausgegebenen Abhandlung von Trousseau, der seit längerer Zeit die Augenkrankheiten, welche in Folge von hereditärer Syphilis entstehen können, mit einer ausserordentlichen Sorgfalt studiert, entnehme ich die folgenden Details: „Die klinischen Formen, welche die hereditärsyphilitische Iritis annehmen kann, sei es im frühesten Alter, sei es in einer vorgeschrittenen Periode des Lebens, sind zahlreicher als man im Allgemeinen glaubt. Nach mir existiren 4, ganz genau ausgesprochene. Es sind das

1. die acute Iritis;
2. die chronische Iritis, einfach oder mit Complicationen;
3. die gummöse Iritis;
4. die seröse Iritis oder Aquocapsulitis der älteren Autoren.

I. Die erste Varietät kommt sehr selten vor. Sie ist charakterisirt durch eine ziem-

VII.

III. Tiefe Augenentzündungen.

Nachdem wir die beiden Arten von Erkrankungen, welche vorausgingen, geschildert haben, ist es leicht vorauszusehen, dass auch die tiefen Membranen des Auges ebensogut wie die Hornhaut und Iris durch die ererbte tardive Syphilis ergriffen werden können. Diese Vermuthung wird durch die Erfahrung bestätigt.

In der That äussert sich der Einfluss der ererbten Syphilis ziemlich häufig in einem mehr oder weniger vorgeschrittenen Alter durch die verschiedenen Erkrankungen, welche die Chorioidea, die Retina und den Opticus ergreifen. Der gewöhnliche Typus, welcher durch die ererbte Syphilis zu Stande kommt, besteht in der Mischaffection, welche wir Chorio-retinitis nennen. Zahlreiche Beispiele dieser tiefen Augenentzündungen, welche durch die ererbte Syphilis bedingt wurden, finden sich in der Literatur.

lich beträchtliche Injection der Bindehaut, durch ciliare Schmerzen, durch Lichtscheu, durch Verziehung der Pupille und durch andere Zeichen und Consequenzen der gewöhnlichen acuten Iritis. Ich sah ein schönes Beispiel an einem Mädchen von 12 Jahren, welches deutlich hereditärsyphilitisch war. Dieses Kind bot einen typischen Fall einer acuten Iritis, welche anscheinend eine gewöhnliche war. Die Erkrankung, welche sich unter dem Einflusse der gebräuchlichen Mittel und des salicylsauren Natrons im Besonderen, in nichts gebessert hatte, verschwand sehr rasch auf Anwendung der Einreibungen und des Jodkali.

II. Die zweite Varietät kommt viel häufiger vor. Es ist das die typische Iritis von Hutchinson. Der Beginn ist langsam, schleichend und ohne Reactionen. Die Gefässbildung ist eine geringe, die Synechien bilden sich nach und nach, indem sie schrittweise die Pupille deformiren. Der Schmerz ist gleich Null, so dass diese Form sehr häufig im Beginne verkannt wird und manchmal unbeachtet von intelligenten Kranken, welche um ihre Person wenig besorgt sind, vorübergeht. Es entwickelt sich endlich ein im allgemeinen reichliches Exsudat von weisser, gelblicher oder röthlicher Farbe in derselben Zeit in der die Iris aufschwillt und ihre Farbe ändert. Man sieht also mit welcher Leichtigkeit diese Varietät zur Obstruction der Pupille führen kann. In der Regel bleibt die Hornhaut intact, zuweilen aber betheiligt sie sich am Processe und sclerosirt. Diese Varietät kann allein vorkommen, aber zuweilen complicirt sie sich auch mit Erkrankungen der tieferen Partien des Auges.

III. Die gummöse Varietät ist selten, aber weniger selten als man im Allgemeinen glaubt, und man würde mehr von ihr hören, wenn sie nicht so oft verkannt würde.... Ich bin durch die Erfahrung sicher, dass in einer Anzahl von Fällen die gummöse Production der Iris für Tuberkel oder für Tumoren anderer Natur gehalten wurden. Als Beweis z. B. diene ein interessanter Fall, welcher von Nettleship und Fox berichtet wird, (Transactions of the Ophthalm. Soc. of the Ukingdom, vol. 1, p. 19) und welcher in Kürze Folgendes ergibt: Ein junges, 13 Jahre altes Mädchen wurde wegen angeblicher Tuberkel der Iris einer Exstirpatio bulbi unterzogen. Später als das andere Auge mit ähnlichen Granulationen wie am exstipirten Auge afficirt schien, kam man auf die Idee, eine Quecksilberbehandlung einzuleiten und die Tumoren schwanden. Die Gummata der Iris treten unter der Form von gelblichen Knoten von geringer Anzahl auf, welche zuweilen von einem bräunlichen Saum umgeben sind und sitzen am Rande der Pupille und in der oberen und inneren Partie der Iris. Sie heilen sehr rasch unter dem Einflusse der specifischen Behandlung, hinterlassen aber eine Atrophie und eine Farbenveränderung der Iris.

IV. Die vierte Varietät, welche der Aquocapsulitis der alten Ophthalmologen entspricht, ist die allerseltenste Form. Hutchinson konnte nur über ein Beispiel berichten. Massaloux-Lammonerie (Thèses de Paris, 1883, obs. VI) erwähnt einen Fall, der als Bestätigung dienen kann. Bei dieser Varietät behält die Pupille fast ihre gewöhnliche Form, aber der Humor aqueus wird trübe, es bildet sich ein pünktchenförmiges, weissliches Depôt an der Oberfläche der Membrana Descemetii. Erwähnen wir übrigens auch glaucomatöser Complicationen (Irido-Cyclitis).

Hutchinson berichtet schon 1863 über 12 derartige Fälle. Seitdem sind vielfach ähnliche Beobachtungen gemacht worden und gewisse Augenärzte, wie Trousseau unter ihnen, gehen sogar soweit, zu behaupten, dass die Affectionen dieser Art eine der häufigsten und gewöhnlichsten Manifestationen der ererbten tardiven Syphilis bilden. „Wenn sie weniger allgemein scheinen als sie in Wirklichkeit sind,“ sagt Trousseau, „so kommt das daher, weil sie einerseits sehr oft in Bezug auf ihre Natur verkannt und anderen gewöhnlichen Ursachen zugeschrieben werden. Aber es kommt auch daher, weil sie andererseits sehr häufig durch die Erkrankungen der Hornhaut oder der Iris verdeckt werden, welche vorausgehen oder gleichzeitig auftreten und welche daher die Untersuchung des Augengrundes unmöglich machen.“

Diese Affectionen, sage ich, entstehen in verschiedenem Lebensalter. Nach den gegenwärtig in der Literatur verzeichneten Thatsachen, sowie nach denjenigen, über welche ich bereits persönlich verfüge, schien es hervorzugehen, dass sie sich häufiger bei Individuen zur Beobachtung darbieten, welche etwas älter sind, als wie bei ganz jungen Kindern. Die Mehrzahl der Fälle, welche bisher veröffentlicht wurden, bezieht sich thatsächlich auf Kinder von 9, 10, 12 Jahren oder auf Jünglinge oder sogar auf junge Leute von 20 bis 25 Jahren (Trousseau). Diese Eigenthümlichkeit sei immerhin erwähnt. Was die Symptome und die ophthalmoskopischen Zeichen dieser Erkrankung anlangt, so glaube ich nicht, dass dieselben durch die Thatsache ihres hereditären Ursprungs modificirt werden. Sie sind annähernd identisch mit den entsprechenden Laesionen der erworbenen Syphilis. Ich verweise Sie diesbezüglich auf das Exposé, welches ich Ihnen an anderen Orten gegeben habe [1]) oder noch besser auf die noch eingehendere Beschreibung in den Lehrbüchern der Augenheilkunde.

Ich will den Gegenstand nicht abschliessen, ohne Ihre Aufmerksamkeit auf ein schönes Beispiel dieser Art zu lenken, welches ein Kranker unserer Klinik uns liefert. Sie werden sehen, dass dieser Fall einer der vollständigsten und beweisendsten ist in Bezug auf den speciellen Punkt, den wir in dieser Studie verfolgen, nämlich für die hereditäre Syphilis. Es ist in der That ein seltener Fall, dass wir hier unter den Augen die beiden Individuen der Beobachtung haben, nämlich die Mutter und das Kind, und dass alle beide mit den deutlichsten Erinnerungen über ihre pathologische Vergangenheit, beide gegenwärtig mit Erscheinungen behaftet sind, welche die Diagnose auf Syphilis sicherstellen. Die Mutter inficirte sich vor 19 Jahren mit Syphilis. Sie gibt an, dass sie zu jener Zeit „Knötchen“ an der Vulva, dann Drüsenschwellungen, dann eine Roseola, dann Schleimhautpapeln im Munde und in der Vulva hatte, wegen welcher Erscheinungen sie im Krankenhause „de la Pitié“ von Moutard-Martin behandelt wurde. Später wurde sie dreimal schwanger. Die zwei ersten Schwangerschaften endeten mit der Geburt syphilitischer Kinder, welche mit Ausschlägen, Krusten und Ulcerationen bedeckt waren, und welche im dritten und vierten Lebensmonate starben. Zum Abschluss der dritten Schwangerschaft wurde unser kleiner Kranker geboren. Lange nachher wurde die Frau von Spätformen der Syphilis und zwar von Geschwürprocessen und von Necrose der Nasenknochen befallen

[1]) Leçons cliniques sur la syphilis, 2. Ausgabe.)

Die Nase ist vollständig eingesunken und deshalb suchte sie in letzter Zeit unsere Behandlung auf. Noch jetzt können Sie sie mit multiplen Necrosen der Nasenhöhlen und mit einer schrecklichen symptomatischen Ozaena in unseren Krankensälen sehen. Was die Tochter anlangt, so ist sie ein Mädchen von 16 Jahren, klein, zart, mager, nicht entwickelt; sie würden ihr nicht ihr Alter geben, denn sie erscheint nicht viel älter als 12 Jahre. Sie ist nicht höher als 1·42 *m* und wiegt nicht mehr als 40 *kg*. Die Brust ist kaum entwickelt, die Schamhaare fangen erst an sich zu zeigen, mit einem Wort sie hat noch eher das Aussehen eines Kindes als eines jungen Mädchens, obwohl sie seit einigen Monaten die Periode hat. Wenn ich noch beifüge, dass sie eine kleine Hornhautnarbe trägt, dass ihre Zähne an den Spitzen theils atrophirt, theils mit kleinen, Erosionen bedeckt sind, so werden Sie zugeben, dass sie die hauptsächlichsten Zeichen dessen, was wir den Habitus und das Aussehen der Hereditärsyphilitischen nennen, besitzt. Uebrigens ist sie auch dem Schicksal nicht entgangen, welches ihr die mütterliche Infection bereiten konnte. Seit ihrem 4. Lebensmonat war sie mit „rothen Flecken und Knötchen“ bedeckt, wegen derer ein Arzt ihr Jodkali verabreichte. Mit 2 Jahren war sie mit einem Bläschenausschlag, den ein Arzt mit Sublimatbädern behandelte, behaftet. Mit 10 Jahren stellte sich eine reichlich secernirende Otorrhoe am linken Ohre ein und wurde sie auf demselben Ohre taub. In demselben kann man jetzt eine Narbe, welche von einer alten Perforation herrührt, constatiren. Mit 12 Jahren traten neue Erscheinungen auf in der Gestalt zweier Geschwülste, welche abscedirten. Dieselben eiterten lange Zeit und hinterliessen eine stark deprimirte Narbe. Wahrscheinlich waren diese Geschwülste Gummata, aber es fehlen uns in dieser Beziehung genaue Aufschlüsse. Mit dem 14. Lebensjahre trat eine Keratitis auf, welche das linke Auge betraf und welche von der kleinen Narbe, von der wir sprachen, gefolgt war. Im 16 Jahren, d. h. vor einigen Monaten, wurde das Mädchen noch von zwei neueren Zufällen befallen, deren Specificität nicht zweifelhaft sein kann.

Es entwickelte sich ein umfangreiches Gumma in der Fossa poplitea der rechten Seite. Es war dies ein typisches Gumma, welches durch Jodkali mit einer bezeichnenden Raschheit zum Schwinden gebracht wurde. Andererseits trat nun linksseitige Chorio-retinitis auf, welche sich durch die classischesten Symptome charakterisirte. Es bestanden sehr ausgesprochene Sehstörungen, fortschreitende Verminderung der Gesichtsschärfe, permanentes Nebelsehen, Mouches volantes, Einschränkung des Gesichtsfeldes, Lichtscheu, vollständige Blindheit. Die Untersuchung mit dem Augenspiegel ergab Trübung des Glaskörpers, in dem zahlreiche filamentöse und schwärzliche Flecken schwimmen. Die Papille sieht verwaschen aus; es finden sich multiple Exsudatflecken, welche auf dem Augengrund zerstreut sind etc. etc. Heute haben alle diese Laesionen eine wesentliche Abschwächung erfahren, aber Sie können noch deutliche Spuren derselben constatiren.

Meine Herren, ich könnte, wenn ich den Gegenstand erschöpfen wollte, noch von verschiedenen Erkrankungen des Auges sprechen, welche man bei Kranken, die schwer an hereditärer Syphilis litten, finden und welche man auf den Einfluss der Diathese zurückführen zu können glaubte. Hier könnten verschiedene Capitel in Bezug auf die Retinitis pigmentosa,

auf Kataracta,[1]) und besonders auf Kataracta zonularis und auf Amaurose durch die Atrophie der Sehnerven Platz finden[2]) etc.

Es scheint in der That aus Beobachtungen, welche in die letzte Zeit fielen, hervorzugehen, dass die specifische Vererbung der Erzeugung jener Zufälle nicht fremd ist und ich glaube, dass in einer nicht so fernen Zukunft einzelne unter ihnen wenigstens mit Recht auf Rechnung der hereditären tardiven Syphilis geschrieben werden dürften. Aber die Beweise, über welche wir in dieser Beziehung verfügen, sind jetzt noch viel zu wenig zahlreich und zu ungenügend, und halten vor der Kritik zu wenig Stand, als dass es nicht verfrüht wäre, über diese verschiedenen Punkte eine Discussion zu eröffnen. Lassen wir also diese neuen Fragen noch ausser Spiel und warten wir, bis die Zeit uns über sie eine Erfahrung geliefert haben wird, welche uns bisher noch fehlt.

VIII.

Gehörsstörungen.

Die Gehörsstörungen erreichen sicherlich bei der ererbten tardiven Syphilis nicht den grossen Grad der Häufigkeit, mit welchem wir die Sehstörungen auftreten sehen, und dessen ungeachtet bilden sie einen Theil von denjenigen Erscheinungen, welche wir als häufig vorkommende zu bezeichnen berechtigt sind. Ich finde Gehörsstörungen vierzigmal aufgeführt unter den 212 Fällen meiner Statistik. Aber ich glaube, dass diese Zahl geringer ist als die wirkliche Häufigkeit; denn es ist eine feststehende Thatsache, dass in einer grossen Zahl der in Rede stehenden Fälle die Untersuchung des Ohres nicht vorgenommen wurde. In Bezug auf ihre Pathogenese theilen sich diese Störungen in zwei natürliche Gruppen. Die einen sind symptomatisch und secundär; d. h. sie folgen auf andere Laesionen, von denen sie einfach die Schlusserscheinungen bilden. Die anderen sind primitiv, protopathisch. Ich werde mich über die ersteren kurz fassen, weil sie nichts für unseren Gegenstand Specielles darbieten. Die zweiten werden von uns eine besondere Aufmerksamkeit erheischen.

I. Symptomatische oder secundäre Störungen.

Die Einwirkung auf das Ohr durch die Affectionen des Halses oder des Nasenrachenraumes sind klinisch sichergestellt. Ein jeder weiss, — und zwar durch Beobachtungen sowohl bei der Syphilis als bei nicht syphilitischen Erkrankungen, — dass die Ercheinungen im Nasenrachenraume im Stande sind, verschiedene Störungen im Gehörapparate hervorzurufen, die aber alle zu einer und derselben Reihe von Symptomen führen, nämlich zu Gehörsstörungen, zur Schwerhörigkeit zuweilen zur completen Taubheit.

Die Erkrankungen des Rachenraumes, welche in Folge der hereditären Syphilis während der tardiven Periode, die wir studiren, entstehen, führen natürlich zu den gleichen Consequenzen. Auch sie erwecken zuweilen durch Vermittlung der eustachischen Trompete ver-

[1]) V. Bader, Report on cases of cataract treated by linear extraction (Ophthalmic Hospital reports, t. II, p. 349). — Moncorov, Contribution à l'étude de la sclérose multiloculaire, Paris 1884. — Etc. etc.

[2]) Hutchinson, Ouvrage cité.

schiedene Gehörsstörungen, Störungen, welche durch eine secundäre Entzündung durch eine deutero-pathische Entzündung des Mittelohrs entstehen. Diese Entzündung bietet nichts Specielles dar. Sie ist hier, was sie in allen anderen Fällen dieser Art ist, d. h. sie drückt sich hier durch dieselben Veränderungen und durch dieselben Symptome aus wie unter allen anderen Umständen, und zwar: klinisch durch Gehörsstörungen von verschiedener Intensität. Am häufigsten durch eine einfache Verminderung des Gehörs; aber zuweilen auch in chronischen Fällen durch eine an Taubheit grenzende Abschwächung des Gehörs oder durch vollständige Taubheit. Anatomisch durch die mehr oder weniger ausgesprochenen Zustände der Verdickung des Trommelfells. Das Trommelfell wird matt, weisslich, verliert seine Elasticität, schwingt nur mangelhaft unter dem Einflusse der Schallwellen, durch fehlerhafte Adhärenzen zwischen der Mucosa der Trommelhöhle und der Innenfläche des Trommelfelles; durch eine Ankylose der Gehörknöchelchen, durch mögliche Sclerose des runden oder ovalen Fensters. Wenn sie rechtzeitig durch eine geeignete Behandlung, besonders durch den Kathetrismus der Ohrtrompete bekämpft wird, so sind diese Laesionen heilbar und können vollständig zurückgebracht werden. Wenn dieselben aber sich selbst überlassen werden, so gehen sie leicht in den chronischen Zustand über und werden für immer unheilbar. Bisher, wiederhole ich, gibt es nichts Specielles, so dass eine einfache Erwähnung für Zufälle dieser Art genügt.

Für die zweite Gruppe der Gehörsstörungen, welche wir jetzt besprechen werden, ist dies nicht mehr der Fall.

II. Primitive, protopathische Störungen.

Diese unterscheiden sich von den vorausgehenden dadurch, dass sie statt gewöhnlicher Schlusserscheinungen der specifischen Laesionen zu sein, directe und primitive Manifestationen der Erkrankung bilden. Sie zerfallen in zwei Gruppen sehr differenter Symptome. Die einen bilden Zufälle einer eitrigen Otitis media und die anderen eine einfache Taubheit ohne nachweisbare Laesion, eine Taubheit, von welcher man annimmt, dass sie abhängt von noch unbekannten nervösen Alterationen und welche man „tiefe Taubheit“ nennt. Gehen wir auf die Details über:

1. Eitrige Mittelohrentzündung.

Diese eitrige Mittelohrentzündung ist fast ausschliesslich ein Zufall des ersten Lebensalters. Sie befällt meist ganz junge Kinder, d. h. Kinder von einigen Wochen oder Monaten. Was die Krankheit anlangt, welche wir im Auge haben, so bietet sie sich am häufigsten im Zustande einer alten Laesion dar, deren Symptome sich bis in eine mehr vorgeschrittene Periode des Lebens verlängern. Es besteht ein eitriger Ausfluss aus dem Mittelohre, ein Ausfluss, welcher diese exceptionelle Eigenthümlichkeit darbietet, dass er ohne Schmerzen entsteht und dass er ohne Schmerzen fortbesteht. Der klinische Verlauf ist sehr einfach und lässt sich in Folgendem resumiren: Eines schönen Tages macht das Kind seinen Kopfpolster schmutzig und die Mutter bemerkt zu ihrem Erstaunen, dass das Kind Flüssigkeit aus dem Ohr verliert. Diese Flüssigkeit ist Eiter und merkwürdig, dieser Eiter erscheint als erstes und einziges Zeugniss einer Krankheit; denn bis dahin liess nichts eine Ohrerkrankung vermuthen. Dem Kinde ging es gut, es beklagte sich

über nichts, es schrie nicht, es litt nicht an Schlaflosigkeit oder an Aufregungen, also folglich litt es ganz bestimmt nicht und leidet nicht durch sein Ohr. Wenn Sie in einem solchen Momente zu Rathe gezogen werden, so untersuchen Sie und constatiren dann folgenden Befund: Erstens, dass der Eiter nicht aus dem äusseren Ohr, aus dem äusseren Gehörgange kommt, welcher gesund ist und sicher keinerlei Zeichen eines Ekcems oder von Syphilis darbietet; und zweitens, dass diese Eiterung ihren Ursprung in der Trommelhöhle hat, wovon sie den Beweis durch die othoskopische Untersuchung, welche eine Trommelfellperforation nachweist, erbringen. Zuweilen können Sie sogar den Eiter durch die Perforationsöffnung abfliessen sehen. Es ist also eine Otitis supurativa der Trommelhöhle, an welcher das Kind leidet. Das ist der Beginn der Erkrankung. Jetzt schauen wir, was darüber hinaus geschieht. Von zwei Dingen das eine. Die Affection wird erkannt, diagnosticirt und einer allgemeinen und topischen Behandlung unterzogen. In diesem Falle ist die Prognose mit seltenen Ausnahmen eine gute. Der Ausfluss besteht noch einige Zeit, 2, 3, 5 Wochen; dann nimmt er ab, versiegt allmählig und verschwindet. Damit ist alles gesagt. Denn im Allgemeinen besteht keine functionelle Störung, keine besondere Störung des Gehörs folgt dieser vorübergehenden Otorrhoe. Das einzige, was bestehen bleibt, das ist die Spur der Perforation des Trommelfells in Form einer kleinen Narbe, welche man mit dem Othoskop wahrnehmen kann. Aber selbst diese Närbchen bleiben nicht immer sichtbar. Es gibt Fälle, wo sie mit einer überraschenden Schnelligkeit verschwinden und sogar so verschwinden, dass man sie kaum mehr unterscheiden kann. Dies hier zu sehen hatten Sie neulich Gelegenheit, und der Fall verdient erwähnt zu werden.

Ein syphilitisches Kind, welches von einer syphilitischen Mutter stammt, wurde unter unseren Augen vor beiläufig 3 Monaten von einem eitrigen Ausfluss aus dem Ohre befallen. Dieser Ausfluss erschien, wie es die Regel ist, plötzlich, ohne dass irgend eine Schmerzerscheinung vorausgegangen wäre. Bei der Untersuchung mit dem Ohrspiegel constatirten wir eine enge lineare Perforation des Trommelfells, welche aber in der Länge gut 3 bis 4 *mm* maass. Da das Kind behandelt wurde, genas es in einigen Wochen. Dann, nach einigen Tagen, als wir neuerlich das Ohr untersuchten, war es uns unmöglich und ebenso war es Herrn Hermet, dem ausgezeichneten Ohrenarzte, der uns bei dieser Untersuchung unterstützte, unmöglich, eine Spur dieser Perforation zu finden, obwohl wir uns ganz genau an ihren Sitz und ihre Richtung erinnerten.

Die zweite Alternative ist folgende: die Erkrankung wird vernachlässigt oder sich selbst überlassen, was nicht selten ist, oder sagen wir besser, was das gewöhnliche ist, indem die Schmerzen fehlen, was eine trügerische Sicherheit liefert. [1])

[1]) Es ist sogar möglich, dass bei grosser Sorglosigkeit der aus dem Ohre herauskommende Ausfluss, der nicht immer ein reichlicher ist, vollständig der Aufmerksamkeit der Familie entgeht. Ich habe in meinen Aufzeichnungen mehrere Krankengeschichten Hereditärsyphilitischer, bei welchen wir deutliche Narben, welche von einer Perforation des Trommelfelles herrührten, oder bei welchen wir permanente Perforationen dieser Membran entdeckten. Die Angehörigen dieser Kranken geben an, dass niemals der geringste Ausfluss aus dem Ohre bestanden hatte. Sicherlich war bei diesen Kindern in einem gegebenen Momente ein gewisser Grad von eitriger Otorrhoe entstanden, aber sie ist vollständig unbeachtet geblieben.

Nun, und was geschieht dann? — Der Eiterfluss dauert fort, immer ohne Schmerzen, besteht noch, indem er sich vermindert in seiner Quantität und endlich wird er chronisch, permanent. Man sieht auf diese Art Ausflüsse aus dem Ohre sich in einer unendlichen Weise verlängern. Man sieht solche, die im frühesten Lebensalter beginnen und noch im Jünglingsalter bestehen. So z. B. bestand bei einem 17 Jahre alten hereditärsyphilitischen Kranken, den wir beobachteten, ein eitriger Ausfluss aus dem Ohre, welcher nach der Aussage der Mutter in den ersten Lebensmonaten des Knaben begonnen hatte. In Fällen dieser Art stellen sich bald schwere Symptome von Seite der Trommelhöhle ein und dann constatirt man in einem mehr oder weniger vorgeschrittenen Stadium eine der folgenden Laesionen: einfache oder mehrfache Perforation des Trommelfells, theilweise oder vollständige Zerstörung dieser Membran, so dass, wie z. B. bei unserem Kranken, [1]) das Auge direct und leicht in die Trommelhöhle hineinblickt, deren Mucosa hyperemisch, zottig, geschwellt und mit einer Eiterschichte überzogen erscheint. Die Gehörknöchelchen sind ausgestossen etc. etc. Mitunter entgeht das Trommelfell der Zerstörung bei diesen chronischen Otorrhoen und selbst die Substanzverluste, welche es erlitten hat, können wieder durch eine weissliche, kalkig aussehende Narbe oder durch eine wirklich neugebildete Membran ersetzt werden. So waren bei dem letzten Kranken, von dem ich Ihnen sprach, zwei alte Perforationen durch neue trichterförmig gebildete Membranen dieser Art ausgefüllt. Diese sprechen deutlich für die angestrengten Versuche des Organismus, die Integrität des Trommelfelles wieder herzustellen.

Auf alle Fälle braucht es nicht erst gesagt zu werden, dass dieser mehr oder weniger dauerhafte Ohrenausfluss, namentlich die chronischen Otorrhoen die Gehörsfunctionen sehr schädigen. Sie fangen an die Schärfe des Gehörs zu schwächen und bedingen verschiedene Grade der Schwerhörigkeit, endlich die vollständige Taubheit.

Dies ist mit wenigen Worten und nur, wenn wir die wichtigsten Symptome ins Auge fassen, die eitrige Mittelohrentzündung, welche wir so häufig bei unseren hereditärsyphilitischen Kranken beobachten. Hat nun diese Otitis irgend etwas Specielles oder irgend eine Eigenthümlichkeit, welche uns gestatten würde, ihren Ursprung zu vermuthen? — Ja, gewiss. Das, was die Aufmerksamkeit auf sie lenkt, das, was ihr sofort einen verdächtigenden Stempel in der Beziehung, die uns interessirt, aufdrückt, das ist die Thatsache, auf welche ich Ihnen gegenüber wiederholt hingewiesen habe, nämlich auf den schmerzlosen und plötzlichen Beginn dieser eitrigen Katarrhe des Ohres, dieses acuten Katarrhes (oder besser gesagt, dieses pseudo-acuten), welcher von einem Tage zum andern beginnt und zwar ohne irgend ein Zeichen eines reactiven Schmerzes, welcher die gewöhnliche Begleiterscheinung eines acuten Ohrenkatarrhes ist. Es besteht kein Fieber, keine allgemeine Reaction, keine localen Störungen und vor allem achten Sie darauf, meine Herren, es bestehen keine Schmerzen! Keine Schmerzen, welche der Otitis der Trommelhöhle in ihrer acuten Form eigenthümlich sind, in denjenigen Formen, welche, wie hier, mit einem Abscess enden, und welche mit lebhaften Schmerzen, mit sehr lebhaften Schmerzen, ausserordentlich heftigen, wüthenden,

[1]) Beobachtung von Barthelemy, Annales de dermatologie et de syphiligraphie, II. serie, t. IV, p. 437.

reissenden, zuweilen schrecklichen Schmerzen einhergehen, welche den Kranken in einen Zustand unbeschreiblicher Aufregung versetzen, welche in einzelnen Fällen Delirien erzeugen, welche sogar zur Verwechslung mit einer encephalen Congestion, mit einer Meningitis etc. Veranlassung geben können. Und in der That, der Schmerz ist, wie Jedermann weiss, ein hochwichtiges Symptom, der eitrigen acuten Entzündung der Trommelhöhle. Hier aber findet sich nichts ähnliches. Hier bildet sich in der Trommelhöhle Eiter und dieser Eiter fliesst eines schönen Tages nach aussen ab, ohne dass das Kind früher das geringste Krankheitszeichen dargeboten hätte, ohne dass es geschrieen, ohne dass es das geringste Leiden empfunden hätte. Erwähnt muss noch werden, dass der Vorgang genau derselbe ist, wenn diese Otitis an älteren Individuen d. h. an solchen Individuen, welche über ihre Empfindungen Auskunft geben können, entsteht; diese äussern sich in dem gleichen Sinne. Wir können also sagen, dass eine Otitis, welche in solchen Fällen auftritt, sicher und gewiss eine eitrige und schmerzlose Otitis ist. [1])

In diagnostischer Beziehung, ich wiederhole es, ist es der negative Charakter, das Fehlen eines jeden Schmerzes, welcher an Interesse den ersten Rang einnimmt. Sicherlich ist das plötzliche Auftreten einer eitrigen Entzündung der Trommelhöhle ohne vorausgehende und begleitende Erscheinungen, ohne Reaction und besonders ohne Schmerzen in wesentlichem Contrast mit dem, was man in der Regel bei eitrigen Otitiden beobachtet und dieser Contrast ist darnach angethan, dem Krankheitsbilde einen ungewöhnlichen Anstrich zu geben und die Aufmerksamkeit des Klinikers zu erwecken. Jedesmal, wenn man also ein Kind, einen Jüngling, einen jungen Mann mit einer eitrigen Otitis der Trommelhöhle ohne Schmerzen beobachtet, so wird dieser Umstand allein in uns einen Verdacht erregen müssen, der uns veranlasst, unsere Untersuchung auf die Aetiologie des Processes in der Richtung der hereditären Syphilis anzustellen. Ich will es nicht als gewiss hinstellen, dass der Einfluss der hereditären Syphilis die einzige Ursache von Entzündungen dieser Art sei, aber das, was ich sagen will, ist einerseits, dass es diesem Einfluss eigenthümlich ist, diese Varietät der in Rede stehenden Ohrentzündung zu erzeugen, und andererseits, dass sie sie häufiger hervorruft unter der früher beschriebenen Form als irgend ein anderer Krankheitsfactor. Ich werde als Bestätigung hinzufügen, dass in mehreren Fällen uns dieses eigenthümliche Symptom, diese schmerzlose Otitis der Trommelhöhle auf die Spur einer hereditären Syphilis geführt hat, welche sich durch keine andere Erscheinung vermuthen liess. Mehrere Male, mit anderen Worten, wurden wir durch dieses Symptom allein veranlasst, eine hereditäre Syphilis zu vermuthen und wurden wir durch dasselbe bestimmt, ihr nachzuforschen und sie zu entdecken.

2. Schwere Taubheit, kurz gesagt, „hereditärsyphilitische Taubheit."

Die zweite Manifestation, welche durch den Einfluss der ererbten Syphilis an Gehörorgan entsteht, äussert sich durch folgende klinische Charakteristica. Entgegengesetzt der früheren Erkrankung des Ohres, welche mit besonderer Vorliebe das früheste Kindesalter befällt, finden

[1]) Diese eigenthümliche Schmerzlosigkeit der eitrigen Otitis bei ererbter Syphilis wird von mehreren Beobachtern erwähnt und geht aus einer Menge von Thatsachen, welche in verschiedenen Mittheilungen verzeichnet sind hervor. So die ausgezeichnete Arbeit von Dr. G. Jégu, De la syphilis de l'oreille, Thèses de Paris, 1884.

sich diejenigen Erscheinungen, die wir jetzt besprechen wollen, gewöhnlich in einer vorgeschrittenen Periode des Lebens, d. h. in der zweiten Kindheit, im Jünglingsalter, zuweilen im Mannesalter. Sie bildet ein ganz eigenthümliches symptomatologisches Bild, wie Sie sehen werden. Worin besteht dasselbe? „In einer Taubheit, welche ohne die Begleitung einer gewöhnlichen Otitis, namentlich ohne nachweisbare und erklärbare Erkrankungen entsteht; dieselbe tritt plötzlich auf und nimmt mit einer ungewöhnlichen, überraschenden und ausserordentlichen Schnelligkeit zu. Sie erreicht in kurzer Zeit eine beträchtliche Stärke und bleibt in der Regel bestehen, indem sie sich gegen jede künstliche Hilfe widerspenstig erweist.“

Wie geht der Process nun vor sich? — Ich beschreibe ihn nach der Natur, nach einer meiner Beobachtungen.

Ein Kind oder ein Jüngling fängt mit einem Ohr schwach zu hören an. Von Tag zu Tag, das ist buchstäblich zu nehmen, hört das Individuum weniger gut. Später nach einigen Wochen, nach einem oder zwei Monaten hört er mit dem betreffenden Ohr gar nichts mehr. Dann kommt eine kürzere oder längere Zwischenpause (wir werden die Dauer gleich näher beechreiben), während welcher der Zustand des kranken Individuums der gleiche bleibt. Bald darauf wird das andere bis dahin gesunde Ohr ergriffen. Das Gehör nimmt ab, schwächt sich auf dieser Seite ab und zwar mit derselben Schnelligkeit wie auf der anderen. Bald erlischt das Gehör auch auf dieser Seite und der Kranke ist vollständig taub.

Schliesst sich etwa eine Reihe von anderen Erscheinungen an das Auftreten und die Entwicklung dieser eigenthümlichen Taubheit an? — Nicht die geringste. Zunächst bleibt der Zustand ein vollständig indifferenter von Seite des Ohres. Kein Fieber, keine Reactionserscheinungen, keine sympathischen Störungen. Local andererseits kein Symptom, weder ein prämonitorisches, noch ein gleichzeitiges, besonders keine Schmerzen, kein Ausfluss aus dem Ohre, mit einem Worte nichts anderes als die schweren functionellen Gehörsstörungen, welche auf diese Weise zu einem vollständigen Verluste des Gehörs führen. Gegenüber einem derartigen Ereignisse beunruhigt man sich natürlich: was ist denn geschehen, was soll das bedeuten, um was handelt es sich denn? Man untersucht das Ohr oder beide Ohren, man findet nichts Abnormales, wenigstens nicht, was eine Störung von solcher Wichtigkeit erklären könnte, d. h. eine wirkliche Taubheit, welche mitunter eine complete und vollständige ist. Es interveniren die verschiedenen Behandlungsweisen aller Art, aber mit wenigen Ausnahmen, soviel man auch versucht, wird doch kein günstiges Resultat erzielt. Die Zustände bleiben die gleichen ohne wesentliche Veränderungen, die Taubheit besteht fort. Was geschieht in späterer Zeit? — Der Kranke bleibt für immer taub und zwar taub in einer unveränderlichen und unheilbaren Weise. So spielt sich der Krankheitsverlauf ab, wenigstens in typischen Fällen, welche aller begleitenden Zufälle entbehren.

Was kann es nun, meine Herren, merkwürdigeres geben, als eine Thatsache dieser Art? Wir sehen eine Taubheit, welche plötzlich ohne Ursache, an einem Individuum, welches sich wohlbefindet, ohne irgend eine andere Störung auftritt, welche fortschreitet, vollständig wird, und zwar mit einer ausserordentlichen Raschheit, welche sich durch

keinerlei Krankheitserscheinungen erklärt, welche allen Behandlungen widersteht und welche als definitives Gebrechen bestehen bleibt. Es ist das in der That etwas ganz ausserordentliches. So ausserordentlich es nun ist, so ist es doch, wie Hutchinson sagt, eine klinische Thatsache, welche sich uns aufdrängt; und ich muss noch hinzufügen meinerseits, nicht nur was die ererbte Syphilis anlangt: es ist das eine Thatsache, welche heutzutage ausser jeder Discussion steht, welche sicher und authentisch und durch zahlreiche Beobachtungen erwiesen ist. Aber noch mehr: Diese Thatsache kommt nicht allein bei der ererbten Syphilis vor, man beobachtet sie auch bei der erworbenen, wie ich es in einem Anhange zu diesem Capitel angeben werde. Für den Augenblick sprechen wir nur von der ererbten Syphilis und sagen wir, dass bei dieser das Entstehen der Taubheit dieser Art dem Programme entspricht, welches ich schon vorgezeichnet habe und welches schon von einer ganzen Reihe von Beobachtern constatirt wurde, besonders von Hutchinson [1]), von Toynbee und Huiton [2]), Jones [3]), Field [4]), Sexton [5]), Kipp [6]), Pierce [7]), Lavergne und Perrin [8]), Hermet [9]), Bruncher [10]), Jégu [11]) etc.

Für meinen Theil habe ich Ihnen eine Reihe von Beispielen dieser Art in den letzten Jahren auf meiner Klinik gezeigt. Heute kann ich Ihnen einen Kranken mit äusserst typischen Erscheinungen vorführen; hier ist er. Sehen Sie diesen jungen Mann, er ist 17 Jahre alt; sein Gesundheitszustand scheint ein mittelguter. Ich kann seine Krankheitsgeschichte vor ihm erzählen, denn er hört kein Wort. Dieselbe ist folgende: Er wurde von einem gesunden Vater gezeugt, aber seine Mutter war syphilitisch. Sie hatte schon früher ein syphilitisches Kind zur Welt gebracht, welches an Syphilis gestorben war. Dieses Kind war mit Variola syphilitica confluens an den Füssen und den Händen und mit Ulcerationen an den Lippen und am Anus etc. behaftet Drei Monate nach seiner Geburt war der hier anwesende Kranke mit Ausschlägen und Ulcerationen bedeckt, welche als Erscheinungen der hereditären Syphilis (Lailler) erkannt, behandelt und geheilt wurden. Die specifischen Antecedentien dieses Kranken sind so sicher gestellt wie möglich. Wenn wir auch die Anamnese nicht kennen würden, so wäre die ererbte Syphilis dieses jungen Mannes doch vollständig offenbar, denn er liefert in einer completen Weise das, was man unter dem Namen der Hutchinson'schen Trias beschreibt. Erstens finden sich Missbildungen

[1]) Ouvrage cité, übersetzt von Dr. Hermet. — Zahlreiche Artikel in verschiedenen periodischen Mittheilungen (The Lancet, The med. Trin. etc.).

[2]) The diseases of the ear, trad. franc., Paris, 1874.

[3]) Deafness in hereditary syphilis (Med. and surg. Reporter 1877.)

[4]) The med. Times, 1877, t. I, p. 167.

[5]) Deafness and syphilis, 1879.

[6]) Transactions of the Americ. Otologicat Soc. 1880. — Annal. dans la Revue des Sciences medic. t. XIX.

[7]) Congres de Londres 1881. — Annales des maladies de l'oreille et du larynx, t. VII, p. 218.

[8]) Annales de dermat. et de syphil., II. serie, t. IV, 1883, p. 442.

[9]) Annales de dermat. et de syphilis, II. serie, t. V, p. 281. — Même recueil, t. VI, p. 148.

[10]) Essai sur les lesions de l'appareil auditif dans la syphilis congenitale et aquise, thèses de Nancy, 1883.

[11]) De la syphilis de l'oreille, thèses de Paris, 1884.

der Zähne und zwar halbmondförmige Kerbungen der oberen mittleren Schneidezähne; Furchen, Verdünnung und Atrophie des freien Randes mehrerer Zähne. Andererseits typische Augenerkrankungen in der Form der interstitiellen Keratitis am linken Auge; und drittens beiderseitige Taubheit. Dieses letztere Symptom interessirt uns gegenwärtig. Wie und in welchem Zeitraume wurde dieser junge Mann taub? — Was das linke Ohr anlangt, so wissen wir nichts darüber, da uns alle Angaben darüber fehlen, da der Kranke selbst nicht weiss, seit wann er an der linken Seite das Gehör verloren. Was die rechte Seite anlangt, so verhält sich die Sache anders. Der Kranke sagt nun, und seine Mutter bestätigt es, dass er vor 5 oder 6 Wochen noch ganz gut auf diesem Ohre hörte. Seit einem Monate beiläufig bemerkte er, dass das Gehör auf dieser Seite abnahm. Er fing an, schlecht und undeutlich zu hören, konnte einem Theil des Gesprächs nicht folgen und liess sich öfter das wiederholen, was man ihm sagte. Er beunruhigte sich darüber nicht, weil er sich dachte, dass das von selbst vorübergehen würde und meinte, dass es der Einfluss von Zugluft sei u. s. w. Dann sprach sich aber die Gehörsstörung sehr rasch aus; kurz, einen Monat später war der Kranke taub und zwar vollständig taub und heute bleibt er trotz einer sehr energischen Behandlung, welcher wir ihn unterzogen, in einem ganz beträchtlichen und ausserordentlichen Grade taub. Er hört nämlich gar nichts, nicht einmal, wenn man ihm in die Ohren hineinschreit, nicht einmal, wenn man sich des Höhrohres bedient. Wir können nur schriftlich mit ihm verkehren. Sie sehen ihn auch jetzt mit einer Schiefertafel in der Hand eine Frage erwartend, die wir ihm eventuell vorlegen könnten. Wurde diese allgemeine Taubheit begleitet von irgendwelchen allgemeinen oder localen Erscheinungen? — Nicht im mindesten. Fragen Sie den jungen intelligenten Mann und er wird Ihnen auf alle Fragen antworten. Er wird Ihnen wörtlich das Folgende sagen: Diese Taubheit überkam ihn, ohne dass er es vermuthete. Er war nie krank, er empfand im Ohre nicht den geringsten Schmerz, aus dem Ohre erfolgte nie ein Ausfluss, er fühlte nichts, er merkte nichts, was im Stande wäre, ihm sein gegenwärtiges Uebel zu erklären. Nur seit einiger Zeit erwähnt er zweier Symptome, auf welche wir noch zurückkommen werden, nämlich musikalische Geräusche im Ohr und von Zeit zu Zeit Schwindelgefühle. Andererseits untersuchen wir das rechte Ohr; was finden wir? — Nichts; vielleicht erscheint das Trommelfell etwas verdickt, aber das ist eine ganz geringe Eigenthümlichkeit ohne Wichtigkeit, welche uns keine Erklärung für Gehörsstörungen von solcher Intensität und so eigenthümlicher Entwicklungsform geben kann.[1])

Was nun den pathogenetischen Zusammenhang anlangt, welcher diese specielle Taubheit mit dem Einflusse der ererbten Syphilis verbindet, so ist er offenkundig und unleugbar. Er geht in der That aus zahlreichen Beobachtungen hervor, wo man die Taubheit dieser Art an Individuen, welche von syphilitischen Eltern stammten, entstehen sah, wie auch an solchen Individuen, welche solche oder andere Antecedentien darboten, oder solche oder irgendwelche Stigmata der ererbten Syphilis (namentlich Erkrankungen des Auges, Knochenerkrankungen, Gummata, Missbildungen der Zähne etc. etc.) zeigten. Man sieht die Taubheit,

[1]) Diese Beobachtung wurde ausführlich von Laverne und Perrin (Annal. dederm. et syph. II. serie, 1883, t. IV.) mitgetheilt.

in gleicher Weise an mehreren Kindern derselben Familie, welche mit Syphilis behaftet ist, entstehen. Es ist das eine nicht minder bedeutungsvolle Eigenthümlichkeit. Des ferneren hat man sie auch mehr als einmal im Zusammenhange mit der eigenthümlich grossen Sterblichkeit der Kinder, welche ein so eminenter Hinweis auf die Syphilis der Eltern ist, beobachtet. Man kann also heute, ohne dass ein Widerspruch möglich ist, sagen, dass diese eigenthümliche Taubheit eine der möglichen Consequenzen der hereditärsyphilitischen Infection bildet. Obwohl authentisch und äusserst merkwürdig, meine Herren, ist diese Thatsache doch noch wenig bei den Aerzten bekannt.

Es ist dieselbe, wenn ich mich so ausdrücken darf, noch nicht über den Kreis der Specialisten hinausgedrungen. Und ein Beweis dafür ist es, dass, wenn diese Erscheinungen auch in den Arbeiten der Syphiliographen und der Ohrenärzte Platz gefunden haben, Sie umsonst eine Erwähnung in den gleichzeitigen Werken der allgemeinen Medicin suchen werden. Es ist daher meine Pflicht, Ihnen die Details dieses absolut neuen Gegenstandes genau darzulegen. Versuchen wir es, die Charakteristik dieser eigenthümlichen Taubheit festzustellen. Um kurz zu sein und um in Ihrem Gedächtnisse die einzelnen Eigenthümlichkeiten sicher zu befestigen, werde ich in einer dogmatischen Weise vorgehen. Wir sagen: Die Charakteristik dieser Taubheit findet sich in den folgenden verschiedenen Attributen ausgedrückt:

1. Die Taubheit ist in der Regel eine beiderseitige. Sie ergreift fast immer beide Ohren, und zwar entweder gleichzeitig oder fast gleichzeitig, bald nach einander mit einer mehr oder weniger langen Zwischenpause, welche selbst einige Jahre betragen kann.

2. Es ist das eine Taubheit, welche plötzlich, unerwartet und unmotivirt auftritt. Sie erscheint bei voller Gesundheit von einem Tag zum andern, ohne sich früher durch was immer für einen Zwischenfall angekündigt zu haben, ohne durch den geringsten Zufall angeregt worden zu sein.

3. Es ist eine Taubheit, welche (es sei mir der Ausdruck gestattet) auf kaltem Wege, d. h. ohne die geringste allgemeine oder örtliche Reaction entsteht. Sie beginnt und entwickelt sich ohne Fieber ebenso wie ohne jeden localen Erethismus. Bemerken wir besonders, dass ihr weder ein Schmerz vorhergeht noch sie begleitet und dass auch kein Ausfluss aus dem Ohre zu sehen ist.

4. Ein weiteres sehr wichtiges Charakteristicum ist, dass sie eine sehr rasch fortschreitende Taubheit ist. Am Anfange ist sie leicht, nimmt aber rasch zu. Ihre Fortschritte sind, man kann sagen, stürmisch, so dass sie in kurzen Zeiträumen, oft in wenigen Monaten, bisweilen in Wochen sich zum Zustande des Gebrechens steigert. Es ist das, ich wiederhole es, was so fremd, so ausserordentlich ist; das ist es, was dieser hereditärsyphilitischen Taubheit ein fast specielles Ansehen gibt.

5. Es ist das eine Taubheit, welche im Stande ist, eine beträchtliche Intensität zu erlangen und welche, wie ich es schon präcisirt habe, in kurzer Zeit fast immer eine beträchtliche Intensität erlangt. Ein gemeinsamer Zug fast aller Beobachtungen, welche bis zum heutigen Tage gemacht wurden, ist der hohe Grad, bis zu welchem sich die Gehörsstörungen erheben. Es handelt sich hier nicht um Kranke, bei welchen eine einfache Gehörsherabsetzung eintritt, eine mittlere Schwer-

hörigkeit, es handelt sich um Kranke, welche vollständig das Gehör verlieren. Sie werden taub in der stricten Bedeutung des Wortes. Sie hören z. B. nicht mehr ein einziges Wort einer gewöhnlichen Conversation, oder sie hören auch gar nichts mehr, welche auch die Intensität, die Grösse oder die Tonstärke des Lärmes sei, den man in der Nähe ihres Ohres entwickelt. Denken Sie an den kleinen Kranken, welchen ich Ihnen gerade zeigte, und welcher bis zu einem solchen Grade taub ist, dass er Trommellärm oder Schiessübungen nicht mehr hört.

Vervollständigt wird das, was auf diese Gehörsstörungen Bezug hat, sofort durch folgende Details: Diese Taubheit wird häufig von eigenthümlichen subjectiven Gehörsperceptionen begleitet. Die Kranken beklagen sich, dass sie, trotzdem ihr Gehör vollständig erloschen ist, doch ein Brausen, ein eigenthümliches Brummen, ein spitzes Pfeiffen etc. hören, welches sehr ermüdet, aufregt und erschöpft, das sie taub machen würde, wenn sie nicht schon taub wären. Viele haben Gehörsillusionen mit musikalischem Timbre, welches sie mit Glockenläuten, mit Orchestermusik, mit Vogelgezwitscher u. s. w. vergleichen. Kranke dieser Art leiden sehr häufig an Schwindel, an vorübergehenden Schwindelanfällen, welche nur einige Secunden dauern und welche wie ein Blitz vorübergehen, alles übrigens Erscheinungen, welche sich bei einer ganzen Reihe von Erkrankungen des Gehörs finden.

6. Es ist das eine Taubheit ohne Laesion oder wenigstens ohne Laesion, welche durch die othoskopische Untersuchung nachgewiesen werden könnte. Untersuchen Sie das äussere Ohr, das Trommelfell, die Tuba Eustachii bei so afficirten Kranken, Sie werden keinen Grund für die Taubheit finden. Es ist möglich, dass sie an dem Trommelfell irgend eine Spur einer Mittelohrentzündung, z. B. Narben etc. finden. Aber es sind das ganz deutlich nur coincidirende Erscheinungen, welche mit den bestehenden Gehörsstörungen nichts zu thun haben, welche nicht den Grund für sie liefern, welche absolut ausser Verhältniss mit einer Taubheit dieser Art, dieser Entwicklung, dieser Intensität etc. stehen. Man kann darüber keine Rechenschaft geben, es ist eine Taubheit, die sich durch die äussere Untersuchung nicht erklären lässt.

7. Es ist eine äusserst hartnäckige Taubheit, welche persistent ist und fast immer eine definitive bleibt.

Man hat wohl gesagt, dass wenn man zu Beginn oder in einer früheren Periode der Affection in einer energischen Weise vorgeht, so wäre es möglich, die Erkrankung zum Stillstand zu bringen oder abzuschwächen. Einige Beobachtungen scheinen dafür zu sprechen. Aber unglücklicherweise scheint dies nur ein sehr ausnahmsweises Resultat zu sein, denn die allgemeine Erfahrung spricht im gegentheiligen Sinne. Ich für meinen Theil habe bisher nur Misserfolge bei Fällen dieser Art und zwar absolute Misserfolge zu verzeichnen gehabt. Umsonst habe ich in Gemeinsamkeit mit Dr. Hermet, welcher mir sein Specialwissen zur Verfügung stellte, mich an's Werk gemacht, alle bekannten Heilverfahren, rationelle und andere, über welche die Therapie verfügt, zu gebrauchen. Es ist mir aber niemals gelungen, diese specifische Taubheit zum Stillstand zu bringen und noch weniger, sie in irgend welchem Maasse abzuschwächen. Ich habe das Bewusstsein, alles gegen sie erschöpft zu haben, was man an specifischer Behandlung zu üben vermag, ohne die geringsten günstigen Resultate erzielt zu haben. Selbst

in einem Falle, in welchem ich kurze Zeit nach Beginn der Erkrankung therapeutisch interveniren konnte, war ich nicht glücklicher. [1])

Im übrigen ist das die allgemeine Empfindung. Auf alle Fälle leidet das keinen Widerspruch, was zur Evidenz aus der klinischen Beobachtung hervorgeht. Es ist das folgendes: Sobald diese Taubheit vollständig und ausgesprochen ist, übt die specifische Behandlung selbst mit enormen Dosen ausgeführt, nicht den geringsten Einfluss. Und darin im übrigen unterscheidet sich diese Behandlung in nichts von den anderen. Denn alle die verschiedenen Methoden der Therapie, welche bis zum heutigen Tage in Gebrauch gezogen wurden, hatten keine den Erfolg, ich will nicht sagen, den Kranken zu heilen, aber selbst nicht den, in irgend einem bemerkenswerthen Verhältnisse den Zustand des Gehörvermögens zu beeinflussen. Es wäre also überflüssig, bei der Prognose dieser Taubheit länger zu verweilen. Es ist das eine sehr schwere Affection, welche trotz der Kunsthilfe fast immer und unfehlbar in einer Schädigung oder in einem vollständigen Erlöschen der Function endigt, einer Function, welche unentbehrlich ist für das sociale Leben, weil sie von frühester Jugend an ein hochgradiges Gebrechen erzeugt, welches dauernd und definitiv ist. Was ist nun diese Taubheit in Folge ererbter Syphilis, welche sowohl in ihrer Erscheinung als in ihrer Entwicklung so überraschend ist und welche zu einem so traurigen Ende führt; welches ist ihre Natur, was sind die ihr zugrundeliegenden Veränderungen?

Dies, meine Herren, sagen wir es gleich, das wissen wir gar nicht und wir wissen es deswegen nicht, weil Sectionen fehlen. Man hat gewiss nekroskopische Untersuchungen derartig afficirter Ohren vorgenommen, aber diese Untersuchungen waren unvollständig, ungenügend. Mann kann nichts aus denselben schliessen, in dieser Beziehung ist noch alles zu leisten. Anstatt Beweisgründen werde ich Ihnen also nichts als wie Schlussfolgerungen und Hypothesen über diese Frage vorlegen können, und das erlaubt mir kurz zu sein.

Es steht fest, dass diese Taubheit ihre Ursache in keinerlei Erkrankung der Uebertragungsorgane (wie im Trommelfell, in der Trommelhöhle, in den Gehörknöchelchen, in der eustachischen Trompete) hat; und zwar aus den 2 folgenden Gründen: einestheils hat man unzählige Male bei den Kranken, um welche es sich handelt, die Integrität dieser verschiedenen Organe constatirt und andererseits hat man in den Fällen, in denen man Erkrankungen gefunden hat, welche diese Organe betreffen, wahrgenommen, dass dieselben unmöglich eine Taubheit dieser Art, dieser Entwicklung und dieser Stärke hervorrufen konnten. [2])

[1]) Ich komme also jetzt zu denselben Conclusionen, welche Hermet schon vor 20 Jahren zog: „In der Mehrzahl der Fälle wurde, trotzdem gleich zu Beginn specifische Mittel angewendet wurden, das Gehör total verloren." Desgleichen sagt Hermet, welcher sich seit langem mit dieser speciellen Frage beschäftigt, mit eigenen Worten: „keine Medication habe ihm bisher das geringste günstige Resultat geliefert." Jones sagt, dass therapeutische Versuche absolut unnütz seien, „wenn die Taubheit eine ausserordentliche ist und von musikalischen Geräuschen begleitet, besonders dann, wenn der Kranke Missbildung der Zähne in Folge hereditärer Syphilis oder die Zeichen einer frischen oder alten interstitiellen Keratitis darbietet etc." (Archiv of dermatologie, 1887.)

[2]) Einer unserer hervorragenden Collegen, Dr. Boucheron ist nicht abgeneigt, die Taubheit in Folge hereditärer Syphilis in die Gruppe der interressanten Varietäten der Taubheit einzureihen, welche durch Compression entstehen, und welche er unter dem

Wenn die Laesion, welche dieser Taubheit zu Grunde liegt, nicht peripherisch ist, so muss sie in den tieferen Partien ihren Sitz haben, d. h. an irgend einem Punkte über das Mittelohr hinaus liegen. Aber wohin soll man sie localisiren, wo soll man sie a priori vermuthen? — Da tappen wir vollständig im Dunklen und arbeiten im Ungewissen. Muss man also den Sitz der Erkrankung ins Labyrinth verlegen in Anbetracht verschiedener Symptome, welche die gewöhnlichen Begleiterscheinungen von Labyrinthaffectionen bilden? Muss man sie als Neuritis bezeichnen, welche die Endigungen des Nervus acusticus oder gar den Nervenstamm selbst betrifft? — Diese von Hutchinson [1]) vorgebrachte Interpretation beruht gewiss auf plausiblen und rationellen Gründen.

Aber sie enthält, um der gewöhnlichen Beiderseitigkeit der Gehörsstörungen zu entsprechen, eine Symmetrie der Erkrankung, welche sehr schwer zu begreifen ist. Ist es logischer an eine Erkrankung zu glauben, welche die Nervencentren betrifft, und mit Kipp [2]) anzunehmen, dass diese Laesion den Boden des vierten Ventrikels, aus welchem die Gehörnerven kommen, betreffen soll? — Eine solche Hypothese würde der fast constanten Beiderseitigkeit der functionellen Störung und ihrem oft

Namen der Taubheit durch Otopiesis (von οὖς, ὠτός und πίεσις, Druck) beschrieb. Man kennt die ingeniöse Theorie des Autors, welcher sich übrigens auf eine Reihe von Erfahrungen und klinischen Thatsachen stützt. Nach ihm führt eine jede Verschliessung der Tuba Eustachii in der Trommelhöhle eine Luftleere durch Resorption der Luft, welche sich in derselben befindet, herbei. Dadurch ergeben sich folgende Consequenzen: Häufige heftige Einbauchungen, welche durch den atmosphärischen Luftdruck auf das Trommelfell geübt werden. Uebertragung dieses Druckes durch die Vermittlung der Gehörknöchelchen auf die Labyrinthflüssigkeit und auf die Nervenendigungen, und als Resultat dieser Compression pathologische Störungen, welche ebenso vielfach als verschieden sind (Sausen, Taubheit, Schwindel etc.) Endlich wenn diese Compression permanent wird, verschiedene Störungen der Nerven, welche bis zur Degeneration oder Atrophie führen, aus welcher natürlich vollständige und unheilbare Taubheit hervorgeht; „oder wenn man die unleugbare Häufigkeit von Pharynxgeschwüren bei hereditärsyphilitischen Individuen kennt, so kann man glauben, sagt Herr Boucheron, dass diese Erkrankungen in zahlreichen Fällen eine Verschliessung der Tuba Eustachii veranlassen können und durch den angeführten Mechanismus die Ursache der otopiesischen Taubheit werden können.“ (Mündliche Mittheilung.)

Ich glaube in der That, dass dies die Ursache gewisser Taubheit in Folge von hereditärer Syphilis sein kann. Das müsste geprüft werden. Aber diese Pathogenie scheint mir unanwendbar auf Fälle, von denen hier die Rede ist, und zwar aus dem einfachen Grunde, weil in diesen Fällen kein Verschluss der Ohrtrompete bestand. Ich will gerne zugeben, dass in einer Reihe von Beobachtungen man dem Zustande der Gehörtrompete keine genügende Aufmerksamkeit schenkte. Aber es gibt andere, wo man sich genau um dieselbe gekümmert hat. Sicherlich bestand nichts Krankhaftes von dieser Seite, sicherlich nichts, was einem wahrnehmbaren Verschluss vergleichbar gewesen wäre, der otopietische Zustände hätte hervorrufen können. Wie es auch immer sei, die von Boucheron angegebene Thatsachen verdienen ein reelles Interesse und eine praktische Unterweisung. Es ist in der That ausser Zweifel, dass gewisse Taubheiten, sei es in Folge von ererbter oder erworbener Syphilis durch den erwähnten Mechanismus entstehen, oder wenn man diese Theorie nicht annimmt, durch den Verschluss der Ohrtrompete. Es ist also eine Pflicht für uns, immer diese Ursache zu suchen, sie mit grösserer Sorgfalt zu suchen, als wie man es bisher gethan hat, damit den Kranken endlich eine specielle Behandlung zugute kommen kann, welche eine Erkrankung dieser Art beseitigt.

[1]) Hutchinson sagt: Meine Ueberzeugung ist, dass diese Taubheit ihren Ursprung in einer Erkrankung des Gehörnervens hat, sei es in seinem Verlaufe, sei es in seiner Endigung im Labyrinth. Es ist das ein analoger Vorgang wie bei der Retinitis syphilitica und bei der weissen Atrophie des Sehnervens.

[2]) Transactions of the Americ. Otological. Soc. (Analyse dans les Annales de dermatologie et de syphilis, IV. serie, t. III., p. 136.

gleichzeitigen und beiderseitigen Auftreten Rechnung tragen. Aber auch das ist nur eine Hypothese. Zum Schlusse wiederhole ich es noch einmal, dass wir vollständig im Unklaren in dieser Beziehung sind. Wir wisssen nichts über die anatomischen Verhältnisse, welche die Ursache des in Rede stehenden Symptomes sind. Das ist die genaue Wahrheit. Betonen wir also diese Lücke unseres Wissens, ohne irgend etwas über die Enthüllungen, die die Zukunft bringen wird, vorhersagen zu wollen.

Wir haben noch eine Frage zu discutiren.

Ist die Taubheit, welche wir beschrieben haben, für hereditärsyphilitische Individuen specifisch? — Hutchinson hat sie als eine solche bezeichnet und seine Meinung hatte lange keinen Widerspruch gefunden. Aber neuere Beobachtungen haben uns gelehrt, dass eine identische Art der Taubheit durch Syphilis ausserhalb des hereditären Einflusses und zwar unter verschiedenen Bedingungen zu Stande kommen kann:

1. Eine Taubheit derselben Art, welche identisch mit derjenigen in Folge ererbter Syphilis ist, beobachtet man zuweilen bei Tabes in Folge von Syphilis. Ich habe Ihnen diese Taubheit des Längeren in einer unserer vorjährigen Vorlesungen [1]) beschrieben und ich brauche sie nur summarisch an die hauptsächlichen Charaktere, die wir ihr zuerkannt, zu erinnern. Ich sagte Ihnen, dass die tabetische Taubheit durch bestimmte wichtige Eigenthümlichkeiten, welche fast charakterisirend sind, bemerkenswerth ist. Unter diesen müssen wir die folgenden fünf erwähnen:

1. Sehr rasches Fortschreiten, erstaunend rasch in gewissen Fällen;
2. die Tendenz, beiderseitig aufzutreten;
3. ihre ausserordentliche Intensität;
4. dass sie in der Regel unheilbar ist, und
5. dass sie ohne während des Lebens nachweisbare Laesion entsteht.

Ist das nicht Zug für Zug die Gesammtheit der Charaktere, welche uns die Taubheit unserer hereditärsyphilitischen Individuen darbietet? — In der That, die Identität ist eine formelle, eine absolute. Auf beiden Seiten dieselben Symptome, dieselbe Entwicklung, dieselbe Abwesenheit nachweisbarer Laesionen, derselbe Ausgang etc.

Welchen Schluss können wir da ziehen, wenn nicht den, dass die Taubheit in Folge ererbter Syphilis vollständig vergleichbar derjenigen in Folge von Tabes ist und dass man sie klinisch von derselben nicht unterscheiden kann?

2. Im Verlaufe der erworbenen Syphilis und unabhängig von allen Erscheinungen der Tabes sieht man Gehörsstörungen auftreten, welche auf die genaueste Weise das Bild der tiefen Taubheit der ererbten Syphilis liefern, wie ich es Ihnen jetzt beschrieben habe. Es ist das gewiss ein seltenes Vorkommen, sogar noch mehr als selten, nämlich ein ganz ausnahmsweises, aber es ist eine Thatsache, welche mitunter beobachtet wird. Wir hatten vor einiger Zeit ein solches Beispiel an unserer Klinik. Es war eine junge syphilitische Frau, welche fast plötzlich taub geworden war. Die Krankengeschichte ist eine höchst einfache und lässt sich in Folgendem zusammenfassen: Infolge von heftigen Kopfschmerzen (welche unglücklicherweise nicht durch eine geeignete Behandlung bekämpft wurden), erlitt die Kranke plötzlich eine halbseitige Gesichtslähmung, welche wie es scheint, nur vorübergehend war. Bald nachher empfand

[1]) Leçons sur la periode praeataxique du tabes d'origine syphilitique, Paris, 1885.

sie Sausen und Rauschen in den Ohren, dann bemerkte sie, dass sie auf einem Ohre schlecht höre; das andere Ohr erkrankte einige Wochen später und von da ab nahm das Gehör mit einer ganz ausserordentlichen Raschheit ab. Von Stunde zu Stunde, sagte die Frau, hörte ich weniger; kurz, im Zeitraum einer Woche wurde die Kranke taub, vollständig taub, so dass sie nicht ein einziges Wort einer gewöhnlichen Conversation verstand, nicht einmal ein Geräusch hörte, wenn es noch so stark war. Merken Sie sich wohl, dass diese Taubheit auftrat ohne die geringste wahrnehmbare Ursache, bei vollständiger Gesundheit an einer jungen kräftigen Frau, welche (mit Ausnahme der Syphilis) frei war von jeder Diathese. Merken Sie noch weiter, dass sie sich ohne jede Erkrankung des Ohres, oder des Halses, oder der Tuba Eustachii entwickelte, so dass sie sich mit allen ihren Charakteren darstellte und noch darstellt, wie wir sie bei der hereditären Syphilis finden. Sie zeichnet sich nämlich durch plötzliches, unerwartetes Auftreten, rasches, sogar ausserordentlich rasches Fortschreiten, ausserordentliche Intensität der Gehörstörungen, Fehlen einer jedweden Laesion etc. aus. Fügen Sie noch eine letzte Eigenthümlichkeit, welche heutzutage evident ist, ich will von der Resistenz gegenüber der Behandlung und von der mehr als wahrscheinlichen Unheilbarkeit der Gehörstörungen sprechen hinzu; es sind mehrere Monate, dass wir diese Frau ohne den geringsten Erfolg behandeln und sie zeigte ein ganzes Ensemble von Symptomen, welches Zug für Zug dem gleicht, was ich in diesem Paragraph unter dem Namen der tiefen Taubheit der Hereditärsyphilitischen beschrieb.

Sie sehen also, meine Herren, dass der Einfluss der ererbten Syphilis kein Monopol hat, diese eigenthümliche Form der Taubheit zu veranlassen, sondern dass dieselbe auch mitunter durch erworbene Syphilis bedingt werden kann. Man konnte das auch theoretisch voraussetzen, denn die ererbte Syphilis kann ja keine anderen eigenthümlichen Zufälle haben als wie solche, welche eine Störung und einen Stillstand der Entwicklung hervorrufen. Aber es musste der Beweis erbracht werden, und ich glaube, dass aus diesem Grunde die letzten Resultate, welche ich mittheilte, Ihnen des Interesses würdig erscheinen werden.

IX.

Taubstummheit.

Bevor wir dieses Capitel schliessen, muss ich noch einer Consequenz Erwähnung thun, welche die Gehörsstörungen nach sich ziehen können. Diese Consequeuz ist die Taubstummheit. Wenn diese Gehörsstörungen während einer frühen Periode des Lebens mit der ausserordentlichen charakteristischen Raschheit auftreten, können sie die wesentliche Ursache eines deuteropathischen Symptomes werden, nämlich der Stummheit. Man hat zuerst nur mit tauben Kindern zu thun; aber durch eine unglückliche Verkettung von Umständen werden diese Kinder taubstumm. Zweifeln Sie nicht daran, meine Herren, die ererbte Syphilis macht viele taubstumm.

Dalby, der diese Frage studirt hat, stellt den folgenden Lehrsatz auf, welcher nur mit dem Beneficium inventarii angenommen werden kann: „Nach der Scarlatina ist die ererbte Syphilis, die häufigste Ur-

sache der Taubstummheit bei Kindern, welche mit gesunden Ohren geboren wurden.[1])

Als Stütze dieser Behauptung führt Dalby eine Reihe von Fällen an, in welchen er die Taubstummheit bei Kindern beobachtete, welche entweder von syphilitischen Eltern herstammten, oder welche mit Zahnmissbildungen und Hornhauterkrankungen, den gewöhnlichen Merkzeichen der ererbten Syphilis, behaftet waren. Für ihn ist die Ursache dieser Taubstummheit hereditärsyphilitischen Ursprungs nicht in einer Erkrankung der Trommelhöhle, sondern „in einer Erkrankung des Nervensystems“ zu suchen. Für ihn ist es eine Form der speciellen Taubheit, über welche ich Ihnen vorhin gesprochen habe und für welche wir aus Mangel einer besseren Bezeichnung die provisorische Bezeichnung der „tiefen Taubheit“ gewählt haben. Das ist übrigens nichts erstaunliches, dass die ererbte Syphilis zuweilen zur Taubstummheit führt. Sie bedingt dieselbe nur durch Vermittlung der Gehörsstörungen, welche für sich eine eigenthümliche Manifestation bilden.

Es ist das eine gewöhnliche Consequenz. Jeder weiss, dass eine jede vollständige Taubheit, welche in der Kindheit entsteht, zur Stummheit führen kann und zwar durch einen ganz einfachen Vorgang. Das Kind hört nicht mehr und bedient sich nur mit Widerstreben der articulirten Sprache. Endlich gewöhnt es sich das Sprechen ab. Es vergisst die Worte, welche es gelernt hat, bald spricht es fast nichts, endlich gar nicht mehr; kurz, es wird stumm, weil es frühzeitig taub wurde. Trotz ihrer Wichtigkeit, trotz des speciellen Interesses, welches sich an diese Frage knüpft, wurde dieser Gegenstand bisher vernachlässigt und bis zum heutigen Tage unbeachtet gelassen. Mir fehlen die Belege, um weiter ins Detail einzugehen und ich muss mich zu meinem Bedauern darauf beschränken, Ihnen die Sache ganz summarisch vorgebracht zu haben.

X.

Knochenerkrankungen.

Die Knochenerkrankungen bilden eine Reihe der häufigsten Erscheinungen bei der tardiven hereditären Syphilis. Nach meiner Statistik nehmen sie den zweiten Platz unter den Manifestationen derselben ein; sie kommen sofort nach den Augenerkrankungen. Unter meinen 212 Fällen finde ich nicht weniger als 82, in denen von verschiedenen Knochenerkrankungen die Rede ist. Daraus ergibt sich beiläufig folgendes Verhältnis: 38 Knochenerkrankungen auf 100 Fälle von tardiver hereditärer Syphilis. Es ist das ein sehr hoher Procentsatz und sicherlich von einer solchen Bedeutung, dass er nicht des geringsten Commentars bedarf.

Andererseits muss ich noch beifügen, dass durch ihre Wichtigkeit sowohl als Laesion wie als Symptom diese Aeusserungen der specifischen Heredität auf das Knochensystem ein wichtiges Capitel des Gegenstandes, den wir studiren, bilden. Dessen ungeachtet sind das Affectionen, welche noch sehr wenig gekannt sind. Warum und wieso konnte man so lange im Zweifel sein über den wirklichen Ursprung der Affectionen dieser Art, welche so häufig, so ernst und mitunter so schwer sind? — Das geschah dadurch, dass man erst in unseren Tagen anfängt sich mit

[1]) The Laucet, 10. Febr. 1887.

der bisher proscribirten und als pathologische Häresie betrachteten Idee vertraut zu machen, dass die syphilitische Vererbung im Stande ist, Erscheinungen noch nach langer Zeit hervorzurufen. Es geschah das deshalb, weil bis in die letzte Zeit hinein die Systemisirungssucht aus dem nosologischen Rahmen die Möglichkeit, dass syphilitische Erscheinungen nach der ersten Kindheit sich in Folge der hereditären Contamination entwickeln könnten, verbannte. Man stützte sich darauf und eine Anzahl von unseren Fachgenossen beharrt noch darauf, die Knochenerkrankungen in Folge hereditärer Syphilis als Zufälle der Scrophulose aufzufassen. Ich will gar nicht von den seltenen Fällen sprechen, in denen man sich bemüht, diese Knochenerkrankungen auf den Einfluss des Rheumatismus oder rein zufälliger traumatischer Ursachen zurückzuführen. Glücklicherweise ist diese Zeit vorüber; die klinische Evidenz hat sich endlich von den vorgefassten Meinungen und systematischen Einwendungen befreit, die Wahrheit ist zu Tage gekommen, kurz, eine geduldige und fortgesetzte Beobachtung hat es ausser Zweifel gestellt, dass eine Reihe von Knochenerkrankungen, welche im Verlaufe der zweiten Kindheit, im Jünglingsalter oder in der Zeit von 20 bis 35 Jahren entstehen, ätiologisch mit der ererbten Syphilis in Zusammenhang zu bringen sind. Die klinischen Beweise für diese Behauptung sind massenhaft vorhanden. Sie werden durch eine Reihe der möglichst authentischen Fälle gebildet, wo man die verschiedensten Knochenerkrankungen an Individuen, welche von syphilitischen Eltern herstammten, beobachtet; an Individuen, welche früher oder gleichzeitig mit irgend welchen Erkrankungen unzweifelhaft syphilitischer Natur behaftet waren; an Individuen, welche Geschwister hatten, die ebenfalls mit Syphilis inficirt waren; an Individuen, welche den Habitus, die Physiognomie, die Missbildung der Zähne, die verschiedenen Stigmata der ererbten Syphilis darboten; an Individuen, welche Familien angehörten, in denen der Einfluss der ererbten Syphilis sich durch eigenthümlich häufige Sterblichkeit der Kinder äusserte, von der wir gesprochen haben etc. etc. Und noch mehr: als Gegenbeweis, als sicheren Beweis der syphilitischen Specificität hat man unzählige Male gesehen, dass diese Erkrankungen, welche lange Zeit der Wirksamkeit einer gewöhnlichen Behandlung Widerstand leisten, unter dem Einflusse einer specifischen Behandlung heilten und zwar heilten mit einer ganz eigenthümlich bezeichnenden Raschheit, so dass man, wenn man den syphilitischen Charakter hätte leugnen wollen, die Augen für die sichtlichen Thatsachen hätte verschliessen und die Wahrheit verleugnen müssen. Als Beispiel mögen die nachstehenden Beobachtungen dienen:

Ein junges Mädchen, welches von einem syphilitischen Vater abstammt, fing im Alter von 12 Jahren an, über nächtliche Schmerzen und über Anschwellung der Tibia zu klagen. Mit 18 Jahren war sie, abgesehen von den tiefen Geschwüren, welche an der Wade sassen, mit verschiedenen Knochenerkrankungen behaftet: Hyperostosen der Rippen, der Schlüsselbeine und eines Radius. Diese Erscheinungen wurden zuerst für Aeusserungen der Scrophulose gehalten und lange Zeit mit antiscrophulosen Mitteln, aber mit vollständigem Misserfolg behandelt. Es wurde die antisyphilitische Behandlung eingeleitet und sofort erfolgte eine wesentliche Besserung und sehr rasche Heilung. [1])

[1]) Laschkewitz (Arch. f. Derm. und Syphilis, 1878).

Ein zweiter Fall, den ich aus verschiedenen Gründen Ihrer Aufmerksamkeit empfehle, ist der Folgende: Ein Weib wird von einem syphilitischen Säugling angesteckt; man räth ihr wörtlich folgendes: „sie solle Kinder bekommen, um ihre Krankheit zu verlieren.“ Sie folgt diesem eigenthümlichen Rathe auf das gewissenhafteste und wird 4- oder 5mal schwanger. Die Ergebnisse dieser 4 Schwangerschaften sind: Das erste Mal ein todtgebornes Kind; das zweite Mal ein Kind, das während der Geburt stirbt; das dritte Mal ein Kind, welches stirbt, während man es zur Taufe trägt; das vierte Mal ein lebendes Kind. Dieses letztere kommt klein und mager zur Welt, und zeigt kurze Zeit nachher einen Ausschlag, über den man keine genaue Auskunft erhalten kann. Handelt es sich um einen syphilitischen Ausschlag? Man weiss es nicht. Wie es auch immer sei, das Kind wächst heran und wird ohne Zwischenfälle herangezogen, ich meine ohne alles, was irgend einen Bezug auf Syphilis hätte. Im Alter von 26 Jahren litt der Kranke an fortwährenden Kopfschmerzen mit nächtlichen Exacerbationen, endlich an osteokopischen stechenden und tiefen Schmerzen in der Tibia; die Knochen schwellen in einer beunruhigenden Weise an; er fragt eine grosse Anzahl von Aerzten um ihren Rath, welche fast alle (merken Sie das wohl, meine Herren, denn nichts ist belehrender als dieser Irrthum) diese Knochenerkrankungen auf rheumatischen Einfluss zurückführten. Er wurde in diesem Sinne einer Reihe von Behandlungen mit verschiedenen Mitteln unterzogen, besonders mit salicylsaurem Natron, mit Alkalien etc.; er machte sogar eine Badecur in Aixes-les-Bains durch, einem Badeort, welcher wegen seiner antirheumatischen Wirkung berühmt ist; das alles blieb ohne Erfolg. Die Schmerzen nahmen sogar zu, die Schwellungen wurden beträchtlicher, und die Hyperostose an der linken Tibia „erreichte die Grösse einer Orange.“ Die Kopfschmerzen wurden continuirlich. Das Allgemeinbefinden wird beeinträchtigt, die Gesundheit wird eine schwankende, ein Schwächezustand macht sich geltend. Zu dieser Zeit hatte der Kranke das Glück, zwei scharfsichtige Aerzte, die Herren Horand und Augagneur zu Rathe zu ziehen, welche eine specifische Ursache dieser merkwürdigen Zufälle vermuthen und Jodkali verordnen. Mit einem Schlage hören die Kopfschmerzen auf, die Hyperostose der linken Tibia verkleinert sich und die auf der rechten verschwindet. Man unterbricht die Behandlung, die Schmerzen erscheinen wieder. Man nimmt die Behandlung wieder auf; die Schmerzen schwinden neuerdings. Endlich nimmt die enorme Hyperostose der linken Tibia um $^2/_3$ ab, gleichzeitig wird der allgemeine Ernährungszustand ein ausgezeichneter und die Wiederherstellung der Gesundheit drückt sich durch eine Vermehrung des Körpergewichtes um 6 *kg* aus. [1])

Eine schöne Beobachtung von Hutchinson ist folgende: Ein Sohn syphilitischer Eltern, Bruder mehrerer Geschwister, welche entweder syphilitisch waren oder sehr jung starben, zeigte die Erscheinungen einer schweren Kerato-Iritis. Von seinem 11. bis zu seinem 21. Jahre wurde er von einer Reihe von Knochenerkrankungen befallen. Dieselben bestanden in Hyperostosen des Humerus, des Femur, der Tibia, des Wadenbeines, der Ulna etc. Endlich starb er in Folge Syphilis der Eingeweide. [2])

1) Augagneur: Étude sur la syphilis heredit. tardive, Paris 1879, p. 40.

2) Illustrations of clinical surgery, Londres 1878.

Ein Mädchen (von dem ich Ihnen schon neulich als einem hervorragenden Beispiele des eigentlichen Infantilismus, welcher eine der Modalitäten der hereditärsyphilitischen Degeneration bildet, gesprochen habe) stammt von syphilitischen Eltern her; seit ihrer Kindheit zeigt sie verschiedene specifische Zufälle; in ihrem 7. Lebensjahre wird sie von einer Keratitis interstitialis und von einem ulcerösen Syphilid des Rachens befallen. Mit 12 Jahren treten mehrfache Knochenerkrankungen auf und zwar voluminöse Hyperostosen der Tibia, des Humerus und der rechten Ulna. Die antisyphilitische Behandlung bessert diese Erscheinungen, aber lässt beträchtliche Anschwellungen der Tibia bestehen. Drei Monate später entwickeln sich neue Hyperostosen derselben Art am linken Oberarme, an den Enden des Radius und der Ulna der rechten Seite. Abermals Heilung; dieselbe ist aber unvollständig und wird durch Jodkali erzielt. Man unterbricht die Behandlung; fast gleichzeitig acute Recrudescenz aller Knochenerscheinungen. Es entwickeln sich beträchtliche Hyperostosen an der Ulna und Tibia der rechten Seite. Endlich Complicationen an letzteren Knochen und zwar eine Periostitis gummosa, die zerfällt; der Abscess wird gespalten; es kommt zur Phagäden der Geschwürränder; endlich zur Bloslegung und zur Necrose einer grossen Lamelle der Tibia; endlich erfolgt Heilung durch eine energische gemischte Behandlung (es werden nämlich Einreibungen gleichzeitig mit grossen Dosen von Jodkali verordnet).

Letztes Beispiel: Vor wenigen Monaten kam auf unsere Klinik ein 28 Jahre alter Mann, welcher von syphilitischen Eltern stammte und der seit seiner Kindheit fortwährend an Syphilis litt. Unter einer grossen Anzahl von schweren Erscheinungen, mit denen er afficirt war, figurirte eine grosse Anzahl von Knochenerkrankungen. Im Alter von 25 Jahren bestand er eine schwere Osteoarthritis beider Ellbogen, welche eigenthümliche Difformationen zurückgelassen hatte, von denen ich bald sprechen werde. Im 12. Jahre entwickelte sich eine umfangreiche Hyperostose des Schienbeins. Im 15. Jahre erkrankten die Nasenknochen und der Gaumen. Es folgten zahlreiche Nekrosen und ein Einsinken der Nase; noch später kam es zur Nekrose des Zahnfortsatzes des Oberkiefers. Solche Thatsachen, ohne von den vielen anderen zu sprechen, die ich noch beifügen könnte, sind absolut beweisend. Wir können es also als erwiesen hinstellen, dass die Knochenerkrankungen in verschiedenen Altersperioden von der Kindheit an bis in das Mannesalter hinein in Folge hereditärer Syphilis zu Stande kommen können. Wir werden uns jetzt mit diesen Laesionen beschäftigen:

1. Punkt: In welchem Lebensalter beobachtet man die Knochenerkrankungen, welche durch den Einfluss der ererbten Syphilis entstehen?

Nach meiner Erfahrung muss ich auf diese Frage mit Folgendem antworten:

1. Diese Erkrankungen kann man vom 3. bis 28. Lebensjahre beobachten. Ich besitze eigene Erfahrungen und habe auch eine ganze Reihe von solchen bei verschiedenen Autoren gefunden, in welchen die Erkrankungen dieser Art zu den angegebenen Zeiträumen sich entwickelten. Können diese Erkrankungen noch später entstehen? d. h. noch in einem vorgeschrittenerem Alter? — Das weiss ich nicht; aber ich wäre versucht, mich nach Analogien in bejahender Weise auszu-

sprechen; aber nach den Erfahrungen, welche ich habe, bin ich nicht dazu berechtigt.

2. Diese Erkrankungen treten nicht mit gleicher Häufigkeit in den verschiedenen Lebensjahren auf, welche ich oben als Grenze angegeben habe. 90 Fälle von Knochenerkrankungen meiner Beobachtung lassen sich in folgender Weise gruppiren:

von	3	bis	5	Jahren	5	Fälle,
„	5	„	12	„	54	„
„	13	„	19	„	24	„
„	19	„	28	„	7	„

Das gestattet uns das Folgende zu sagen:

1. Die Erkrankungen kommen selten vor bis zum 5. Lebensjahre.

2. Sie erreichen dann sofort das Maximum ihrer Frequenz im Verlaufe des 6. Jahres und dieses Maximum bleibt bis zum 12. Lebensjahre bestehen.

3. Sie sind vom 13. bis zum 19. Lebensjahre halb so häufig.

4. Sie kommen vom 20. bis zum 28. Lebensjahre sehr selten vor.

Zweiter Punkt. Unter welchen klinischen Formen treten diese Erscheinungen auf.

Sie liefern verschiedene klinische Varietäten, welche sich in drei grosse Unterabtheilungen bringen lassen.

Es kommt zu Osteo-Periostiden, dass heisst zu Ostitis, welche sich mit Periostitis complicirt.

Oder zu gummösen Osteo-Periostitiden, das heisst zu gummösen, den Knochen und das Periost betreffenden Productionen. Oder es entwickelt sich eine gummöse Osteo-Myelitis; d. h. es entwickeln sich Gummata im Knochenmark. Diese drei Typen kommen nicht gleich häufig vor.

Die Osteo-Periostitiden sind die häufigste Form, man könnte sagen die gewöhnliche. Die gummösen Formen sind weitaus seltener.

Beginnen wir mit der ersten.

I. Osteo-Periostitiden.

Nach dem Bilde aller Osteo-Periostitiden zeigt auch diejenige der tardiven hereditären Syphilis, ein classisches Krankheitsbild, welches summarisch folgendes ist: Knochenschmerzen, verschiedene functionelle Störungen, die von diesen Schmerzen herkommen, Anschwellen des afficirten Knochensegmentes, Missbildung des Knochens an den afficirten Stellen.

Die nachstehende Statistik zeigt in welcher Häufigkeit die einzelnen Knochen befallen werden:

die Tibia	91mal,
„ Ulna	22 „
den Radius	15 „
„ Humerus	12 „
das Femur	8 „
„ Wadenbein	4 „
„ Schlüsselbein	5 „
die Schädelknochen	16 „

verschiedene Knochen (Rippen, Metacarpus, Zehen, Finger, Kiefer, Schulterblatt, Wirbelsäule) 20mal.

(Ich lasse bei dieser Statistik die Gesichtsknochen, welche einen eigenen Theil bilden, bei Seite, da dieselben nur in einer consecutiven Weise interessirt erscheinen, d. h. in Folge von verschiedenen primären Laesionen der bedeckenden Gewebe. Wir werden davon in einem speciellen Capitel sprechen.)

Aus obigen Zahlen lassen sich folgende Schlüsse ziehen:

1. Dass die Röhrenknochen, d. h. die Knochen der Gliedmassen durch die hereditäre tardive Syphilis im Vergleich zu den kurzen Knochen mit einer enormen Häufigkeit afficirt sind.

2. Dass unter den Knochen der Gliedmassen es einer ist, der für die hereditäre Syphilis einen wirklichen Lieblingssitz bildet; dieser Knochen ist die Tibia; es ist die Tibia allein, welche öfter als alle andern Gliedmassen, selbst zusammengenommen, betroffen wird.

Diese Art der Vorliebe der hereditären Syphilis für die Tibia ist in der That eine sehr merkwürdige und bemerkenswerthe Eigenthümlichkeit. Ich bitte dies in Ihrem Gedächtniss zu behalten, meine Herren, denn wir werden das zur Differentialdiagnose benützen, wenn wir die Knochenerkrankungen der hereditären Syphilis und die der Scrophulose besprechen.

3. Nach der Tibia, — aber in einem grossen Zwischenraume — haben die Knochen des Vorderarmes und des Schädels den zweiten Platz.

4. An dritter Stelle figuriren der Humerus und das Femur.

Aus derselben Statistik zeigt sich noch eine sehr interessante Thatsache, das ist die Multiplicität dieser Knochenlaesionen an ein und demselben Subjecte. Wollen Sie nach folgenden Ziffern urtheilen:

Bei 69 Personen, die mit hereditärsyphilitischen Knochenerkrankungen befallen waren, fand ich 193 Erkrankungen verschiedener Knochen, was einem Mittel von 2 oder 3 Knochenerkrankungen für jeden Kranken entspricht. Aber da die Natur nicht nach dem Mittel vorschreitet, müssen wir genau untersuchen, was die ererbte Syphilis thatsächlich thut. So zahlreich auch die Verschiedenheiten in ihrer Art sein können, so können sie doch unter 3 Hauptpunkte nach folgender Form eingereiht werden.

1. Es ist möglich, dass nur ein Knochen afficirt ist, z. B.:

Einer unserer Kranken, Sohn einer syphilitischen Mutter, zeigte mit 19 Jahren beinahe gleichzeitig zwei deutlich specifische Erkrankungen; die eine war durch eine kolossale Hyperostose der Tibia, die andere durch ein gummöses Syphilid des Beines dargestellt. Ohne selten zu sein sind die Fälle dieser ersten Art weniger häufig uud um viel weniger häufig als diejenigen der Gruppe, von der wir jetzt sprechen werden.

2. Das, was bei dieser Gattung am häufigsten vorkommt, ist, dass mehrere Knochen an demselben Subjecte, sei es zu gleicher Zeit, sei es allmälig in verschiedenen Zeiträumen ergriffen werden. Ich habe gesagt, dass mehrere Knochen, zwei, drei oder vier Knochen auf einmal ergriffen werden; das sieht man am häufigsten.

Mein College und Freund Professor Lannelongue, welcher über den Gegenstand, den wir behandeln, eine sehr interessante Arbeit, ein

wirkliches Meisterwerk der klinischen Beobachtung und Analyse publicirt hat, ist zu demselben Resultate wie ich gelangt. Er hat gefunden, dass bei jungen Kranken, die von ihm beobachtet wurden, beinahe alle, wenigstens zwei Knochenerkrankungen und der grösste Theil eine beträchtliche Anzahl, d. h. drei, vier oder fünf darboten.

Diese selbe Thatsache findet man durch eine Menge anderer Beobachtungen, die verschiedenen Quellen entnommen worden sind, bestätigt und man sieht, dass die hereditärsyphilitischen Kranken entweder zu gleicher Zeit oder nach und nach von mehreren Knochenerkrankungen befallen worden sind. Es ist unnöthig, Beispiele hiefür zu citiren.

3. Endlich gibt es Fälle, wo die Multiplicität der afficirten Knochen auf eine grössere und wirklich beträchtliche Zahl ansteigt, d. h. dass man bei demselben Kranken bis zu 6, 7, 8, 10 oder noch mehr Knochenlaesionen constatiren kann.

So waren bei einem Kranken von Fourneaux Jordan 9 Schädelhyperostosen, die an Volumen von der Grösse einer halben Nuss bis zur Hälfte eines kleinen Apfels schwankten. Zwei sassen auf dem Stirnbein und die sieben andern waren unter den Haaren.

Ein kleiner Kranker von Lannelongue zeigte im Alter von 5 bis 11 Jahren Hyperostosen der Tibia, des Wadenbeines, der Ulna, des Humerus und des Femur. Im Ganzen 9 erkrankte Knochen.

In einer Beobachtung von Hutchinson bestanden bei ein und derselben Person Erkrankungen des Ellbogens, Hyperostosen des Humerus, der Ulna, des Radius, der Femurknochen, der Tibien und der Wadenbeine, im Ganzen also 12 Knochenerkrankungen bei einem einzigen Kranken.

Diese habituelle Multiplicität hat auch ein Corrolar, nämlich die häufige Symmetrie derselben Laesionen. Sehr häufig findet man zwei homologe Knochen durch hereditäre Syphilis afficirt. Hier haben Sie davon die Probe:

Unter 75 Tibiaerkrankungen finde ich 47 Fälle, wo alle beiden Tibien erkrankt waren gegen 28, wo eine der Tibien gesund blieb; dasselbe gilt für die anderen Knochen der Extremitäten.

Es folgt ein letztes topographisches Detail, eines der interessantesten.

Ich habe Ihnen gesagt, dass es vorzüglich die langen Knochen sind, welche meist durch die hereditäre Syphilis erkranken.

Gibt es nun unter diesen Knochen einen Punkt, den sie vorzüglich befällt? — Ja, und das ist sehr merkwürdig.

Die Knochenerkrankungen der hereditären tardiven Syphilis haben an den Gliedmassen einen wirklichen Lieblingssitz; sehr häufig localisiren sie sich an dem Ende der Diaphyse, sie scheinen in denjenigen Gegenden, die man den Bulbus des Knochens nennt, zu entstehen, d. h. in dem Segmente, welches zur Verbindung der Diaphyse mit der Epiphyse dient, ein Segment, welches, wie Jedermann weiss, den Herd des Knochenwachsthums bildet und welches consequenterweise im Alter des allgemeinen Wachsthums der Sitz einer sehr starken nutritiven Thätigkeit ist.

Von diesem Punkte ausgehend, schreitet der entzündliche und neoplastische Process die Diaphyse entlang fort und breitet sich hier nach verschiedenen Höhen aus.

Das ist die Regel, oder besser gesagt, um uns jeder Uebertreibung

zu enthalten, es ist das die gewöhnliche Thatsache. Uebrigens gibt es in dieser Hinsicht nichts Absolutes. So ist es nicht selten, dass die Osteo-Pereostitiden sich manchmal auf dem Körper der Diaphysen selbst, oder aber, was weniger häufig ist, an den Epiphysen zeigen.

Nach Anführung dieser Thatsachen komme ich zum Hauptcharakter der Krankheitserscheinungen, zu demjenigen, welcher ihnen vorzüglich eine eigenthümliche und besondere Physiognomie aufdrückt.

Die Ostitiden, welche die hereditäre tardive Syphilis hervorbringt, sind besonders durch die Thatsache bemerkenswerth, dass sie productive Ostitiden sind, oder wie man in der technischen Sprache sagt, hyperostosirende Ostitiden. Das kommt daher, dass der Process, von dem sie herkommen, vorzüglich in neoplastischen Productionen fruchtbar ist, die im Stande sind, sich zu organisiren und eine Knochensubstanz von neuer Form zu bilden. Es sind, gestatten Sie mir das Wort, Ostitiden, welche einen Knochen machen, und welche ihn übermässig reichlich bilden in der Weise, dass sie in einem gegebenen Moment wirkliche Hyperostosen werden, oder mit anderen Worten, die Knochenhypertrophien afficiren ein mehr-weniger beträchtliches Segment des Knochens.

Daraus folgt vom klinischen Gesichtspunkte aus eine doppelte Consequenz: die Consequenz des Volumen, d. h. die Vermehrung des Knochens in seiner Dimension, die Consequenz der Gestalt, d. h. Veränderungen, die der Form, der physiologischen Gestalt des Knochens, aufgedrückt werden.

Diese zwei Punkte erfordern unsere Aufmerksamkeit:

1. Was die ersten betrifft, so wiederhole ich, dass die Ostitiden der hereditären tardiven Syphilis mit einer sehr beträchtlichen Vermehrung des Volumens endigen, die an dem oder denjenigen Knochen, an dem sie sich entwickeln, sehr ausgesprochen ist. Wenn sie ihr Wachsthum erreicht haben, so bilden sie im strengen Sinne des Wortes Hyperostosen und zwar Hyperostosen, welche man ohne Uebertreibung als massive bezeichnen kann.

In der That betreffen sie einerseits beinahe immer eine grosse Fläche der Diaphyse, z. B. ein Drittel oder die Hälfte ihrer Höhe, manchmal auch mehr. Andererseits verursachen sie hier ein Uebermaass des Volumens, welches sehr oft das, was man gewöhnlich bei den Ostitiden anderer Natur beobachtet, weit überschreitet. Mit einem Wort, sie haben zwar nicht ein absolutes, aber sicher ein relatives Charakteristicum in der Thatsache, dass ihre Hyperostosen gewöhnlich sehr voluminös sind.

Es ist sehr allgemein z. B., dass man die Tibia in einem Segmente ihrer Diaphyse sehr stark verdickt findet, dieses Segment hat dann eine Höhe von 8, 10, 12 und selbst von 15 bis 20 *cm.* Noch mehr: was die Dicke betrifft, ist es keine Uebertreibung, zu sagen, dass diese Erkrankung den transversalen Durchmesser desselben Knochens verdoppeln kann. Zur Probe diene dieses schöne Präparat, welches mir Herr Lannelongue geliehen hat und an dem Sie eine beträchtliche Hyperostose der ganzen unteren Hälfte der Tibia sehen können. (Siehe Fig. 24.)

Ebenso wird in einer Beobachtung von Dunkan Bulkley erzählt, dass eine sehr stark hyperostosirte Tibia zweimal so dick als in gewöhnlichem Zustande war.

Endlich umfasst in einem Falle, dem einzigen dieser Art, den ich

wirklich bis heutzutage gesehen habe, eine massive Hyperostose die ganze Tibia, von einer bis zur anderen Epiphyse.

Das, was sich an der Tibia zeigt, beobachtet man, gewöhnlich aber in einem minderen Grade, an den anderen Knochen. So ist nicht selten die Ulna sehr stark spindelförmig aufgetrieben, ebenso waren bei einem meiner kleinen 14-jährigen Kranken die zwei unteren Drittel des Humerus auf mehr als das Doppelte ihres Volumens vergrössert. So findet man manchmal am Schädel kreisrunde Knochenanschwellungen von dem Volumen einer halben Aprikose bis zu einer halben Nuss, ja bis zu dem einer halben Citrone. Es können auf diese Weise mehrere Knochen afficirt werden. Bei einem meiner Kranken nahmen zwei massive Hyperostosen den Radius und die Ulna eines Vorderarmes in ungleicher Höhe ein, indem sie dadurch das Glied auf eine merkwürdige Art deformirten. (Siehe Fig. 25.)

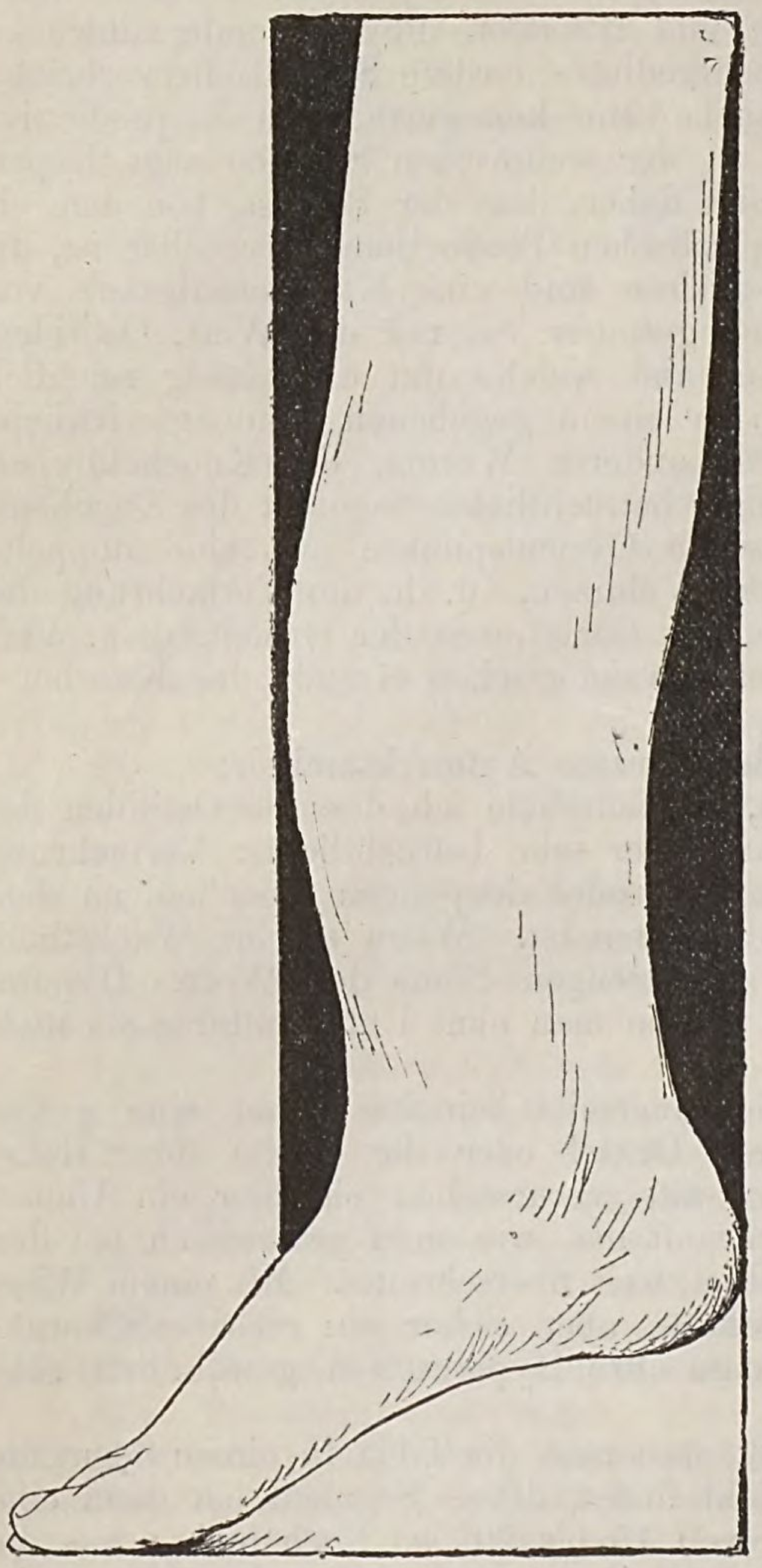


Fig. 24.
Hyperostose der Tibia.

Eine interessante Beobachtung von Hutchinson zeigt uns eine ganze Reihe von Hyperostosen in der Anzahl von 12, die sich auf einem jungen, hereditärsyphilitischen Knaben entwickelten. Von diesen waren nun drei Hyperostosen, die den rechten Oberarm afficirt hatten, und zwar vom oberen Drittel des Vorderarmes bis zum Niveau der Insertion des Deltamuskels, die ihm den Anschein einer ausserordentlichen Vergrösserung gaben. (Siehe Fig. 26.)

Man hat selbst — aber das ist seltener — Hyperostosen von einem noch grösseren Volumen gesehen. Erinnern Sie sich z. B. einer Beobachtung, die von Augagneur gemacht wurde, wo die eine der Tibien einen Tumor so gross wie eine Orange trug. Ebenso erwähnt Hutchinson eines Falles, wo bei einem Kinde eine umschriebene Geschwulst des Femur das Volumen einer Mannsfaust hatte und er fügt mit Recht

hinzu, dass die Erscheinungen dieser Art wegen der Grösse ihres Volumens für maligne Tumoren gehalten werden könnten.

II. Es ist ganz natürlich, dass diese massiven Hyperostosen die Form der Knochen, die sie afficiren, verändern und zwar proportional zu ihrem Umfang. Was nun diese Verschiedenheiten der Gestalt betrifft, die sie hervorbringen, so sind dieselben unmöglich zu beschreiben. Ich kann mich nur auf allgemeine Angaben beschränken, indem ich Ihnen das Folgende sage: der Knochen, welcher eine Erkrankung dieser Art darbietet, verändert sich mehr oder weniger nach seinem äusseren Anblick, nach seinem Relief, nach seiner scheinbaren Richtung, nach seiner Krümmung. Er ist höckerig, knotig, unförmig und ausgebuchtet, im Ganzen unregelmässig auf einem grösseren oder geringeren Segment. Wenn er vorzüglich in seiner Diaphyse afficirt ist, so nimmt er die Spindelform an. Wenn er im Gegentheil die Erkrankung an seinem Ende trägt, so ist er keulenförmig.



Fig. 25.
Hyperostose des Radius und der Ulna an einem hereditärluetischen Individuum.

Es ist vorzüglich die Tibia, an der diese Missbildungen zu gleicher Zeit wichtig und merkwürdig sind. Sehr häufig zeigen sie hier verschiedene Eigenthümlichkeiten, welche der Erkrankung eine ganz besondere Physiognomie geben, die hauptsächlich in einer bogenförmigen Einbiegung des Knochens mit einer vorderen Convexität besteht. Anstatt, dass sie gerade ist, ist die Crista der Tibia nach vorwärts projicirt, erscheint gekrümmt und beschreibt eine bogenförmige Linie mit vorderer Convexität. Ihr Profil ist dann genau das eines Kreisbogens oder nach dem angenommenen Vergleiche das einer Säbelklinge (lame de sabre). Diese merkwürdige Missbildung gibt das Bild einer rhachitischen Krümmung. Man glaubt im ersten Augenblick, — und das ist der gewöhnliche Eindruck — es mit einer Tibia zu thun zu haben, die durch Rhachitis verkrümmt ist. Das ist aber keinegwegs der Fall. Denn diese gekrümmte Tibia ist nur dem Scheine nach und nicht in Wirklichkeit

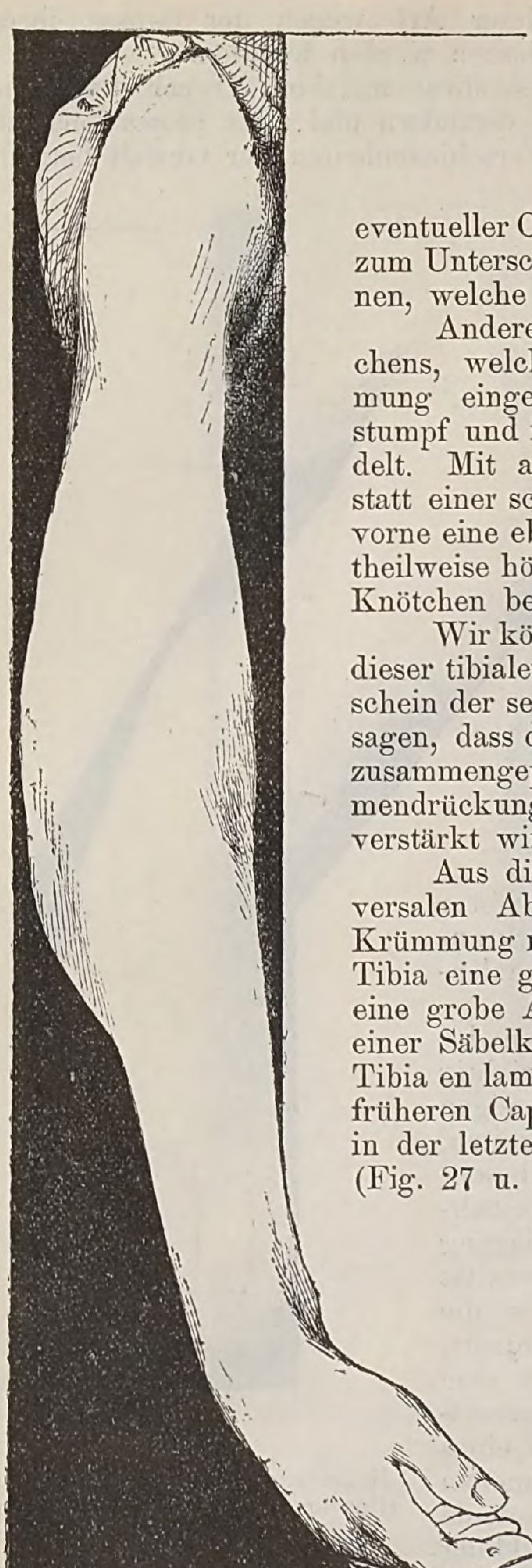


Fig. 26.
Hyperostose des Humerus, der Ulna und des Radius.

so gekrümmt. Sie ist in der That eine gerade Tibia, die von einer Hyperostose überragt ist, welche den Vorsprung nach vorne bildet.[1])

Zweitens zeigt sich diese Tibiamissbildung mit Ausnahme eventueller Coincedentien als isolirte Erkrankung zum Unterschiede von den rhachitischen Laesionen, welche gewöhnlich sehr multipel sind.

Andererseits ist der vordere Rand des Knochens, welcher diese pseudorhachitische Krümmung eingegangen ist, gewöhnlich verdickt, stumpf und in wirkliche Knochenmasse verwandelt. Mit anderen Worten, statt einer Gräte, statt einer scharfen Crista, zeigt die Tibia nach vorne eine ebene, glatte und oft ungleich knotige, theilweise höckerige oder mit kleinen irregulären Knötchen besetzte Oberfläche.

Wir können hinzufügen, dass der Vorsprung dieser tibialen Hyperostose dem Glied den Anschein der seitlichen Abplattung gibt. Man könnte sagen, dass das Glied von einer Seite zur andern zusammengepresst ist, und dass diese Zusammendrückung durch eine transversale Abplattung verstärkt wird.

Aus dieser doppelten Thatsache der transversalen Abplattung und der bogenförmigen Krümmung resultirt, dass die derartig deformirte Tibia eine gewisse Aehnlichkeit, allerdings nur eine grobe Aehnlichkeit mit dem Gesammtbilde einer Säbelklinge bekommt. Sie kennen diese Tibia en lame de sabre, von der ich schon in den früheren Capiteln gesprochen habe und von der in der letzten Zeit so häufig die Sprache war. (Fig. 27 u. 28.)

Diesen merkwürdigen Typus der pseudorhachitischen Tibia, der Tibia, welche gekrümmt scheint, während sie gerade ist, und welche abgeplattet erscheint, während sie ihren normalen Durchmesser be-

[1]) Berne hat in seiner ausgezeichneten Arbeit (Thèse pag. 66 citirt) gesagt: Häufig existirt bei den Knochenerkrankungen der Syphilis keine thatsächliche Ablenkung. Eine Diaphyse der syphilitischen Tibia, wenn sie auch mit einer voluminösen Hyperostose bedeckt wird, ist ebenso wenig in der Richtung ihrer Axe abgelenkt, als ein Eisenstab es sein würde, auf welchen man eine Lage von Gyps an eine seiner Flächen gelegt hat.

hält, würde ich jetzt, bei der Neuheit des Gegenstandes, noch nicht wagen, Ihnen als ein Charekteristicum dieser Art, d. h., als ganz allein der hereditären Syphilis eigenthümlich, anzugeben. Aber bis auf den heutigen Tag habe ich sie nur an hereditärsyphilitischen Individuen bemerkt.

Die Osteo-Periostitiden der hereditären Syphilis sind sehr schmerzhafte Erkrankungen; aber sie sind nicht in allen ihren Perioden und unter jeder Form schmerzhaft; nämlich: es ist eine merkwürdige Thatsache, dass sie sehr häufig schmerzhaft vor dem Entstehen sind. Ich verstehe darunter, bevor sie klinisch zu unterscheiden sind, und bevor sie sich durch materielle und fühlbare Kennzeichen verrathen. Sie haben also dann eigentlich eine prämonitorische Periode, die vorzüglich charakterisirt ist durch Schmerzen ohne Erscheinungen, welche Schmerzen man früher osteokopische Schmerzen nannte. Das zeigen viele Beobachtungen, bei denen man folgendes erwähnt findet:

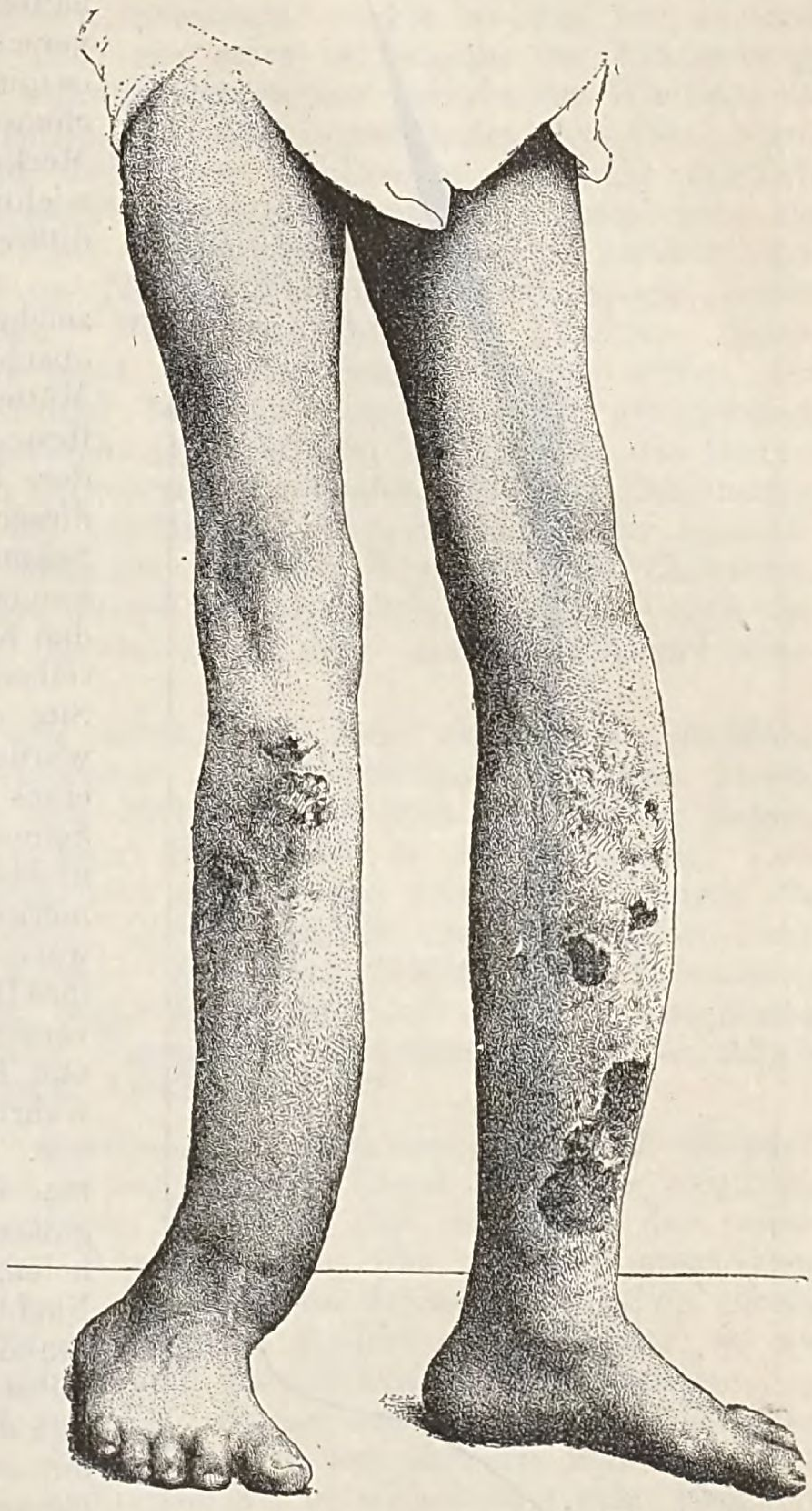


Fig. 27.
Pseudorhachitische Verkrümmung der Tibia.

Bevor sich diese oder jene Knochenerscheinung zeigt, haben die meisten kranken Kinder oder Adolescenten eine kürzere oder längere Periode von unbestimmten Schmerzen des Knochensystems hinter sich. Sie hatten empfindliche Knochen, waren von häufigen, manchmal sehr lebhaften Schmerzen gequält, die ihren deutlichen Ursprung in den Knochen hatten, aber an ihrem bestimmten Sitze sehr schwer zu localisiren und anderseits auch wandernd waren. Man fügt auch bei diesen selben Beobachtungen hinzu, dass die

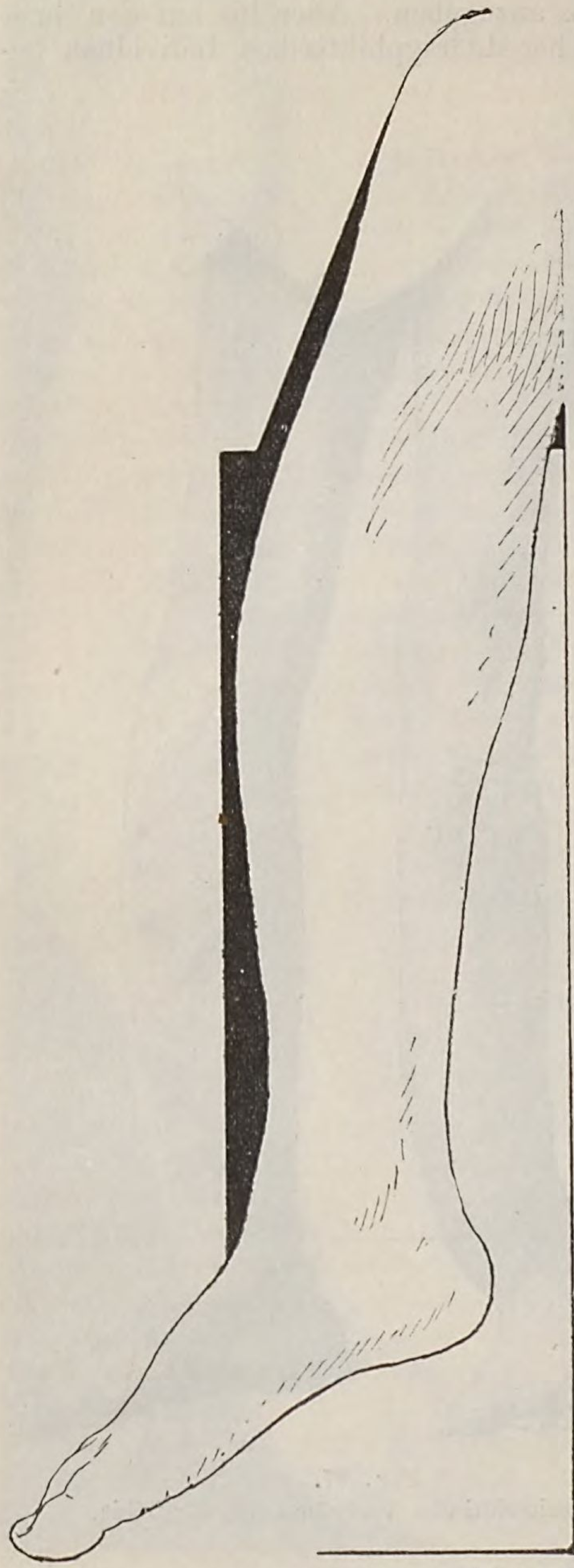


Fig. 28. (1)
Eigenthümliche Difformität der Tibia aus der Thèse von Berne.

Schmerzen anfallsweise erschienen und ohne deutliche Ursache wieder verschwanden, im allgemeinen eine deutlich markirte Verstärkung während der Nacht hatten und daher meist den Schlaf verscheuchten. Ich wiederhole es mit Absicht, weil diese Knochenschmerzen ohne äussere Merkmale ein häufiges und das wichtigste Symptom der hereditären Syphilis bilden.

Ich habe in meinen Aufzeichnungen mehr als 15 Beobachtungen, über welche die Mütter mir erzählt haben, dass ihre Kinder häufig während der Nacht durch Schmerzen dieser Art aufgeweckt wurden. Schmerzen, die aus der Tiefe kamen und die deutlich von den Knochen stammten, da dieselben von den Kindern als Sitz des Schmerzes bezeichnet wurden. Selbst für die Hand eines Arztes zeigten diese Schmerzen nichts Sichtbares, nichts Fühlbares und nichts Bemerkbares. In einigen Fällen waren diese Schmerzen durch ihre Heftigkeit ausgezeichnet, sie verursachten Thränen, Schreien und Klagen und brachten eine wahrhafte Scene der Angst hervor. Es ist endlich nicht selten, dass sie sich in einer regulären, periodischen Art wiederholen, d. h. dass sie mehrere Nächte nacheinander zur selben Stunde erschienen. Man hat selbst diese periodischen Anfälle sich durch Wochen und Monate mit oder ohne Intermission verlängern gesehen.

Wir können hinzufügen, dass in den Fällen dieser Art die Abwesenheit einer erkennbaren Localisation mehrmals Ursache zu diagnostischen Irrthümern gab, da man den Ursprung dieser Schmerzen ausserhalb des

Skelettes suchte. In wieviel Fällen hat man nicht derlei Schmerzen, für Neuralgien oder öfter noch für Rheumatismus gehalten! Man machte früher sogar eine Art besonderen Rheumatismus unter dem Namen, Rheuma venereum, daraus.

Was wird aus diesen Schmerzen später, wenn nun die Kochenerkrankung erscheint und sich entwickelt? — Sie bestehen fort, sie sind manchmal sogar lebhaft und sehr stark im Beginne der Erkrankung selbst und bestehen dann während der ganzen Periode des Wachsthums weiter fort. Uebrigens zeigen sie sich immer unter derselben Form der spontanen Schmerzen und treten anfallsweise mit sehr deutlich markirten nächtlichen Exacerbationen auf; außerdem compliciren sie sich zu dieser Epoche mit einem neuen Phänomen, nämlich: der erkrankte Knochen wird im Niveau des erkrankten Segments ausserordentlich druckempfindlich. Man kann ihn nicht berühren, untersuchen und betasten, ohne einen lebhaften Schmerz hervorzurufen, der manchmal sehr heftig ist und bei dem manchmal ganz geringfügige Umstände wie das gewöhnliche Gewicht der Tücher oder das Reiben der Kleider genügen, ihn hervorzurufen. Später, wenn die Entzündung wenn die Hyperostose sich gebildet hat, verschwindet dieser schmerzhafte Erethismus. Die Schmerzen verlieren ihren heftigen Charakter, beruhigen sich und werden dumpf und erträglich. Endlich verschwinden sie, aber manchmal kommt es zu ganz unerwarteten und unerklärbaren Rückfällen.

Es versteht sich von selbst, dass diese Schmerzen natürliche Consequenzen von verschiedenen symptomatischen Störungen haben, welche im Verhältniss zu ihrer Heftigkeit und ihrer Entwicklung stehen, so z. B. motorische Störungen, Hindernisse in der Bewegung, Verhinderung oder Unmöglichkeit zu gehen, wenn diese Erkrankungen die unteren Gliedmassen befielen; Nothwendigkeit der Ruhe, selbst einer beständigen, prolongirten Ruhe; — Aufregung, Schlaflosigkeit, Ermüdung, Nervosität; — manchmal sogar Reactionen auf digestive Functionen (Verminderung des Appetites, dispeptische Symptome) und auf den Allgemeinzustand (Blässe, Anämie, Abmagerung etc.)

Es versteht sich von selbst, dass zahlreiche, ja selbst einander entgegengesetzte Varietäten in der Intensität dieser Symptome existiren, und zwar, je nach dem Grade des Sitzes und der Form der osteoperiostitischen Entzündung. Um hier also nur von den intensivsten Fällen zu sprechen, gibt es Fälle, wo diese Schmerzen wirklich enorm stark, excessiv und durchbohrend sind. Andere gibt es wieder, wo sie nur mittelmässig, vorübergehend und erträglich sind. Diese letztere Art von Fällen entspricht denjenigen, welche man die torpide Form der Erkrankung nennen kann, Formen, in welchen sich die Hyperostose in einer langsamen, dumpfen, tückischen Art entwickelt, die keine Reaction zeigt und im Ganzen beinahe latent ist.

Ich habe in meinen Aufzeichnungen z. B. die Geschichte eines hereditärsyphilitischen Kindes, welches von einer beträchtlichen Femur-Hyperostose befallen war und niemals ernstlich daran litt. Von Zeit zu Zeit nur, sagte die Mutter, klagt es über den Schenkel, aber der Schmerz war nie so stark, dass es sich dadurch vom Spielen abhalten liess. Manchmal sah man das Kind auch hinken und das kranke Bein nachziehen.

Aber das war alles, und nichts Anderes, nichts Ernstlicheres, vorzüglich was den Schmerz betrifft, zeigte sich bei dem Kinde.

Nachdem wir nun diese Symptome erwähnt haben, kommen wir zur Entwicklung der Erkrankung. Diese Entwicklung ist je nach den Fällen, d. h. nach dem letzten Ausgang der Erkrankungen sehr verschieden. Und hier zeigen sich wieder zwei Reihen von Fällen, die gesondert betrachtet werden müssen.

I. Wenn die Osteo-Periostitis in eine einfache und gewöhnliche Osteo-Periostose ausgeht, so zeigt sich die Entwicklung in folgenden zwei Stadien:

1. Stadium des Wachsthums, der Entwicklung der Erscheinung unter der Form der Osteo-Periostitis, und

2. Stadium des bleibenden Zustandes unter der Form der vollendeten Hyperostose.

Das erste ist dasjenige, in welchem die entzündliche Hypergenese die Hyperostose bildet und zu Stande bringt. Es ist, was seine Dauer betrifft, immer sehr lang, im Gegensatz zu dem raschen und sehr schnellen Verlauf, welchen im allgemeinen die gewöhnlichen Osteo-Periostitiden, die nicht specifisch sind, nehmen. Aber es gibt zahlreiche Grade dieser Langsamkeit der Entwicklung, nämlich: bald hat der Krankheitsprocess eine subacute Form und dann braucht er nur 3, 4 oder 5 Monate, damit die Osteo-Periostitis ihr Ende erreicht hat, und die schliessliche Hyperostose gebildet hat. Manchmal nimmt die Entwicklung eine chronische Form, ja selbst eine sehr chronische Form an. Das sind die Fälle, in welchen die Anschwellung des Knochens in einer beinahe unsichtbaren, sehr langsam fortschreitenden Form vor sich geht, die zeitweise durch wirkliche Stadien der Ruhe unterbrochen ist. Auf diese Unterbrechungen folgen dann neue Nachschübe, die aber auch immer langsam in ihrer Entwicklung sind. So gibt es gewisse specifische Osteo-Periostitiden, die mehrere Jahre brauchen, bevor sie eine Diaphyse befallen. Man findet z. B. Kranke, bei denen eine Hyperostose der tibialen Diaphyse in successiven Nachschüben sich in 2, 3 oder 4 Jahren gebildet hat.

Mit der Hyperostose ist also das zweite Stadium vollendet. Was wird nun aus der Erkrankung? — Gar nichts. Die Hyperostose bleibt das, was sie ist; sie bleibt unter der angenommenen Form, dem angenommenen Volumen im Zustande der definitiven und unbeweglichen Krankheitserscheinung ohne schliessliche Veränderung. Das Abklingen der Schmerzen ist das einzige Symptom, welches diese Periode charakterisirt. Im Ganzen bleiben die Kranken mit einem oder mehreren angeschwollenen Knochen, die in verschiedener Art deformirt sind, aber sie leiden nicht mehr und beunruhigen sich nicht mehr, weil diese Schmerzen nur ganz ausnahmsweise eine mechanische Hinderung der Bewegung hinterlassen.

Mit der Zeit vergessen die Patienten sogar auf diese Erkrankungen soweit, dass sie von ihnen mit ihrem Arzte nicht sprechen, wenn sie später seine Hilfe wegen anderen Symptomen beanspruchen.

Lannelongue, welcher bei einem hereditärsyphilitischen Kinde wegen einer Osteo-Periostitis der Ulna consultirt wurde, fand Dank einer aufmerksamen und vollständigen Untersuchung eine spindelför-

mige Hyperostose des Femur. Das Kind nun beklagte sich gar nicht über diese letztere Erkrankung und seine Eltern dachten nicht daran, die Aufmerksamkeit Lannelongue's auf dieses in seiner Art wichtige Antecedens zu lenken. Warum das? Weil es für sie ein vergangenes, vergessenes Uebel war, welches dem Kinde keine Schmerzen machte, das man deshalb nicht beachtete.

Ebenso wurde Ripoll von einem 22-jährigen jungen Mann wegen einer Periostose der linken Tibia consultirt und fand bei ihm eine Periostose der rechten Tibia, von der der Kranke ebenfalls nichts sprach, weil er durch dieselbe nicht litt.

Wieviele ähnliche Fälle könnte ich nun meinerseits beibringen!

Es erhellt daraus, meine Herren, für uns die Bestätigung einer Regel, die ich oft Ihrer Aufmerksamkeit empfohlen habe und die ihren Platz hier finden soll:

Wenn es der Fall ist, dass wir bei einem Kranken eine hereditäre Syphilis vermuthen, so dürfen wir niemals unterlassen, die Untersuchung seines Skelettes vorzunehmen und zwar Knochen für Knochen und das ohne uns von diesem Examen abhalten zu lassen, sei es durch die Abwesenheit von Erwähnungen, die sich auf eine frühere Knochenlaesion beziehen, sei es durch die Verneinungen, welchen wir bei diesem Gegenstande begegnen können, denn es ist möglich, dass aus einem solchen Examen die Constatirung einer älteren verkannten Knochenerkrankung resultirt, die unbeachtet oder vergessen geblieben ist. Es ist nicht nothwendig zu erwähnen, welches diagnostische Interesse ein solches Antecedens hat.

II. Dies gilt für die einfachen Fälle, die glücklicherweise auch die gewöhnlichsten sind. Aber die Sachen gehen nicht immer auf dieselbe Weise vor sich und es gibt eine andere Form, in welcher der entzündliche Krankheitsprocess einen ernsteren Abschluss findet. Diese Form, um sie sofort zu nennen, ist die Osteo-Periostitis suppurativa, die von der Nekrose gefolgt ist.

Welche Symptome charakterisiren sie?

Gar keine außergewöhnlichen; es kommt bei ihnen nichts vor, was nicht mit den suppurativen Osteo-Periostitiden einer anderen Natur identisch wäre. Es sind anfänglich dieselben Initialformen, wie in der vorhergehenden Form, nämlich Verdickung und Difformation des Knochens mit sehr deutlich exacerbirenden Schmerzanfällen, die vorzüglich Nachts auftreten. Später in einem gewissen Momente bildet sich ein subperiostaler Abscess. Dann röthen sich die Bedeckungen an einem Punkte des Tumors, werden sehr schmerzhaft und ödematös. Noch später zeigt sich eine deutliche Eiteransammlung, die sich deutlich durch eine stärkere Vorwölbung der Gewebe und durch Fluctuation anzeigt, die Anfangs unbestimmt und tief ist, bald aber sich nicht mehr abstreiten lässt. Endlich öffnet sich dieser Abscess und entleert eine gewisse Menge Eiter.

Diese Entleerung des Tumors ist aber nicht das Ende; weit entfernt; es ist im Gegentheil der Anfang einer neuen, sehr chronischen Periode, während die Oeffnung des Krankheitsherdes, die zu einer Fistel degenerirt ist, fortwährend eine leichte Quantität von Eiter nach aussen entleert. Die Sache bleibt dann in diesem Zustande mehr oder weniger lange Zeit, wenigstens einige Monate, aber öfter Jahre lang. Und

warum ist diese Beständigkeit der Eiterung und der Fistel? — Weil wir es mit einer tiefen Krankheitserscheinung zu thun haben, weil eine Nekrose am Grunde des Krankheitsherdes existirt. Und in der That, wenn Sie eine Sonde in diese Fistel einführen, so werden Sie ein Stück entblössten Knochens finden. Sie wissen, dass dies die letzte Scene jeder suppurativen und nekrotisirenden Knochenerkrankung ist. Auch sie zeigt nichts Specielles.

Dennoch will ich sie in grossen Zügen skizziren und werde mich wenigstens beschränken, sie im Hauptsächlichsten durch folgende Details zu beschreiben.

Die Abscesse, welche von den Knochenerkrankungen dieser Art stammen, sind im Allgemeinen nicht voluminös. Sie breiten sich an der Oberfläche des Knochens flach aus und entfernen sich nicht von dem Punkte, an dem sie entstanden sind. Manchmal jedoch können sie beträchtlich werden und können dann Eitersenkungen bedingen, welche unter den Aponeurosen in einer gewissen Distanz von ihrem Ursprungspunkte fortwandern.

So war es in einem Falle von Lannelongue, in dem man die Erkrankung in ihrer vollen Entwicklung sehen konnte (der Kranke war an einem intercurrirenden raschen Leiden verschieden). Man fand einerseits eine Knochencaverne in der oberen Epiphyse der Tibia und andererseits einen grossen Abscess, der sich wurstförmig bis an die äussere Kniefläche fortsetzte.

Was nun die Nekrosen betrifft, die von diesen Knochenerkrankungen stammen, so sind sie gewöhnlich begrenzt, umschrieben und oberflächlich. Sie sind im Ganzen in Hinsicht auf die Ausdehnung der Knochenerkrankung, von der sie abstammen, meist partiell.

Und in der That, wenn eine dieser specifischen Osteo-Periostitiden mit Nekrose endigt, so begrenzt sich diese Nekrose, weit entfernt, den ganzen erkrankten Knochen zu ergzeifen, gewöhnlich nur auf einen Theil dieses Segmentes, ja auf einen ganz kleinen Bezirk sogar, derart, dass der Sequester immer oder beinahe immer umschrieben ist, und zur grossen Ausdehnung der Erkrankung einen Contrast bildet. Die ganze Erkrankung z. B. kann eine beträchtliche Partie des Knochens betreffen, wie z. B. ein Drittel ober die Hälfte einer Diaphyse, selbst die ganze Diaphyse, während die Nekrose auf eine oberflächliche Knochenlamelle beschränkt bleibt, deren Grösse zwischen der Grösse eines Ein- und Fünffrankstückes schwankt.

Ich behandelte ein 14-jähriges hereditärsyphilitisches Kind, welches von vier Osteo-Periostitiden am Humerus, dem Femur und der Tibia befallen war. Drei dieser Erkrankungen haben mit Hyperostosen geendet, welche die specifische Behandlung in ihrem Fortschreiten gehemmt hat. Aber eine derselben, die der Tibia, endigte mit einer Nekrose. Diese Nekrose nun hatte einen oberflächlichen Sequester gebildet, der die Ausdehnung von 6 bis 7 cm^2 nicht überschritt, während die Hyperostose, welche ihm als Ausgangspunkt diente, sehr mächtig, beträchlich war und zum mindesten zwei Drittel der Diaphyse einnahm. Man kann daher in einer allgemeinen Weise und bei Berücksichtigung von einigen Ausnahmen sagen, die Osteo-Periostitiden der tardiven hereditären Syphilis sind nicht, im Allgemeinen wenigstens nicht, Erkrankungen, welche mit Nekrosen endigen, die dem Umfang des befallenen Knochensegmentes gleichkommen,

sie sind im Gegentheil Erkrankungen, welche beinahe in ihrer ganzen Ausdehnung zur Hyperostose neigen, die aber gewöhnlich nur mit Nekrosen endigen, welche einen beschränkten Bezirk ihrer Oberfläche einnehmen. Mit anderen Worten, die Nekrose ist gewöhnlich für die Osteo-Periostitiden ein Theilphänomen, beziehungsweise ein unscheinbares im Vergleich zur Grösse und Wichtigkeit der gesammten Erkrankung. Ich wiederhole schliesslich, dass die Krankheitsform, welche wir soeben besprochen haben, ziemlich selten ist. Aber sie ist doch sehr interessant und vom klinischen Standpunkte aus wichtig und das vorzüglich wegen der Irrthümer, die bei ihr begangen werden können.

Es ist in der That gewiss, dass diese Osteo-Periostitiden unter dem Krankheitsbilde einer acuten oder subacuten Entzündung auftreten, die abscedirt und eine Fistel und Nekrose bildet und die man daher sehr leicht für Knochenerkrankungen einer ganz anderen Art halten könnte. Es ist daher, wie Herr Lannelongue ganz richtig gesagt hat, eine betrügerische acute Form, die sich in ihren Krankheitserscheinungen der gewöhnlichen Periostitis nicht specifischer Natur aussergewöhnlich nähert, so dass man sie nur durch die Nachforschungen und die ätiologischen Thatsachen erkennen kann. Behalten wir diese Specialform der hereditärsyphilitischen Osteo-Periostitiden im Gedächtniss und kommen wir zu dem Schluss: dass, wenn die hereditäre Syphilis gewöhnliche Osteo-Periostitiden der subacuten oder chronischen Form, von denen die Hyperostose das gewöhnlichste und einfachste Ende ist, hervorbringt, es nicht unmöglich ist, dass sie in Osteo-Periostitiden acuter Form endigt, die dann in Eiterung übergehen und in eine partielle Nekrose des erkrankten Knochentheiles endigen können.

II.

Gummöse Osteo-Periostitiden.

Die Periostitiden, von denen wir gesprochen haben, bilden eine Reihe von Knochenerscheinungen, welche die hereditäre tardive Syphilis hervorbringt. In einer viel geringeren Anzahl von Fällen zeigt sich dieser Einfluss durch die Erscheinungen einer anderen Art, nämlich durch die Production von Gummen, die das Periost oder das Gewebe des Knochens selbst betreffen. Mit diesen letzteren Erkrankungen wollen wir uns jetzt beschäftigen.

Ich werde über diesen Gegenstand kurz sein können, denn diese Erkrankungen unterscheiden sich in nichts von denjenigen der acquirirten Syphilis.

Vom anatomischen Standpunkt aus bestehen diese Erscheinungen in Folgendem:

Mehr oder weniger beträchtliche Verdickung des Periostes, welches man mit einer grossen Menge von cellulären Elementen infiltrirt findet, dasselbe ist in der ganzen Ausdehnung der Erkrankungen von der Knochenoberfläche abgehoben, adhärirt aber an der Peripherie sehr fest. Unterhalb desselben producirt sich ein Gewebe neuer Art, welches ebenfalls aus cellulären Elementen zusammengesetzt ist und welches Gewebe in seiner Consistenz und Farbe, je nach der Periode, in welche die Erkrankung gelangt ist, veränderlich ist, d. h. es ist bald speckig

grau oder graugelb, bald weich, käsig und gelb, manchmal auch noch diffluirend, schleimig und gelatinös.

Die Oberfläche des correspondirenden Knochens zeigt die deutlichen Zeichen der Ostitis, hat Depressionen und alveoläre Unebenheiten, die ebenfalls dieses gummöse Gewebe führen und gewöhnlich durch eine harte und vorspringende Zone von Osteophyten eingesäumt sind. Klinisch verrathen sich diese Erkrankungen nur durch zwei Symptome, nämlich durch Schwellung und durch Schmerzen.

Sie zeigen auf der Oberfläche der Knochen, z. B. auf der Tibia, welche ihr Lieblingssitz ist, mehr oder weniger markirte, halbkugelförmige oder abgeplattete Erhebungen, die den gewöhnlichen höckrigen Schwellungen, die von Contusionen stammen oder aber auch den Nodositäten des Erythema nodosum gleichen.

Wenn dieselben von Weichtheilen von einer gewissen Mächtigkeit umgeben sind, so treten sie wenig hervor. Umso schärfer aber treten sie hervor, wenn sie sich unter der Haut befinden, wie z. B. vorne am Beine, oder auf dem Schädel. (Siehe Fig. 29 u. 30.) Bei ihrem Erscheinen, zu einer gewissen Periode, sind sie fest und hart, ohne immerhin eine wahre Knochenhärte zu zeigen. Späterhin werden sie weich, teigartig, halb fluctuirend, endlich zeigen sie zuletzt eine ganz deutliche Fluctuation wie ein Abscess. Im Anfange sind sie von der Haut unabhängig, welche man auf ihrer Oberfläche freibewegen kann, aber in einer späteren Epoche haften sie ihr an, bilden zusammen mit ihr einen Körper und verschmelzen mit ihr. Was nun ihre definitive Grösse betrifft, die sie erlangen können, wenn ihr Wachsthum fertig ist, so zeigen sie beträchtliche Verschiedenheiten. Es gibt welche, die klein bleiben und die die Grösse einer Stachelbeere oder eines Kirschkernes erreichen. Andere haben das Volumen einer Mandel, einer halben Pflaume oder einer Aprikose. Wieder andere erreichen die Proportionen einer halben Pfirsich und dehnen sich auch unregelmässig über eine Fläche von 6, 8, 10 bis 15 cm^2 und darüber aus. Aber was das Merkwürdigste und Erwähnenswertheste ist, ist das, dass

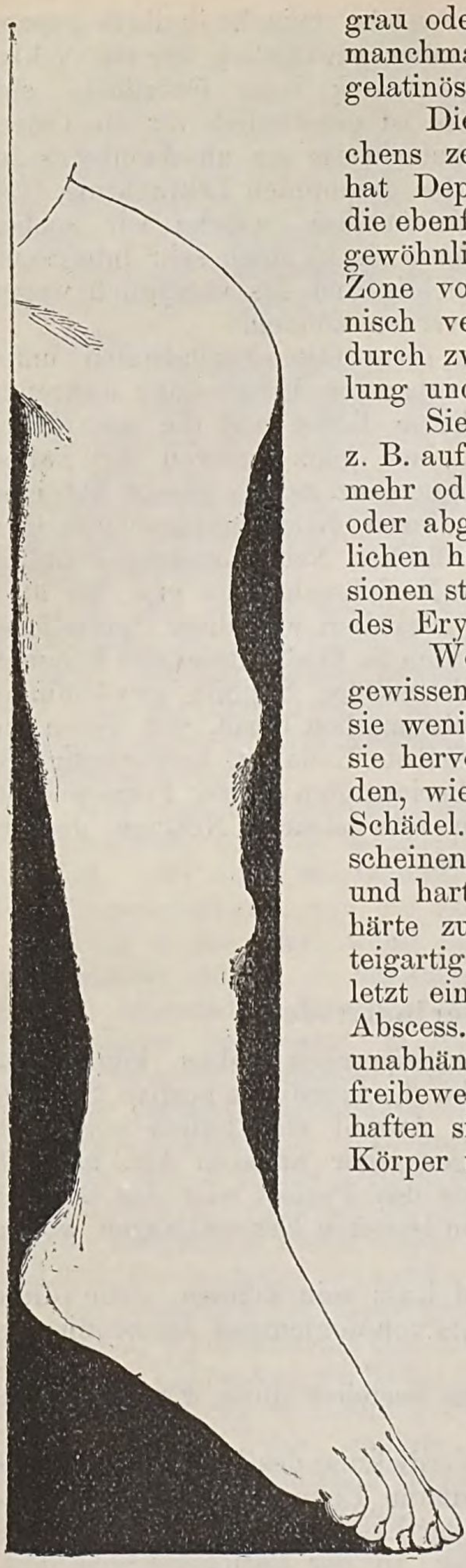


Fig. 29.
Gummöse Osteo-Periostitis der Tibia an einem Hereditärluetischen.

diese Erkrankungen in Bezug auf Schmerzphänomene, die sie begleiten, grosse Verschiedenheiten haben. Manchmal verursachen sie besonders im Stadium ihrer Anfangsentwicklung sehr scharfe Schmerzanfälle, die man mit denjenigen, die wir früher bei den Osteo-Periostitiden beschrieben haben, vergleichen kann. Andere wieder wachsen und vergrössern sich, ich will nicht sagen, in einer absolut latenten Art, aber ohne deutlich accentuirte und nicht ganz unerträgliche Schmerzen. Es gibt auch Fälle, und ich könnte mehrere citiren, welche, weil sie einen langsamen und beinahe chronischen Verlauf haben, lange Zeit von den Kranken nicht erkannt werden.

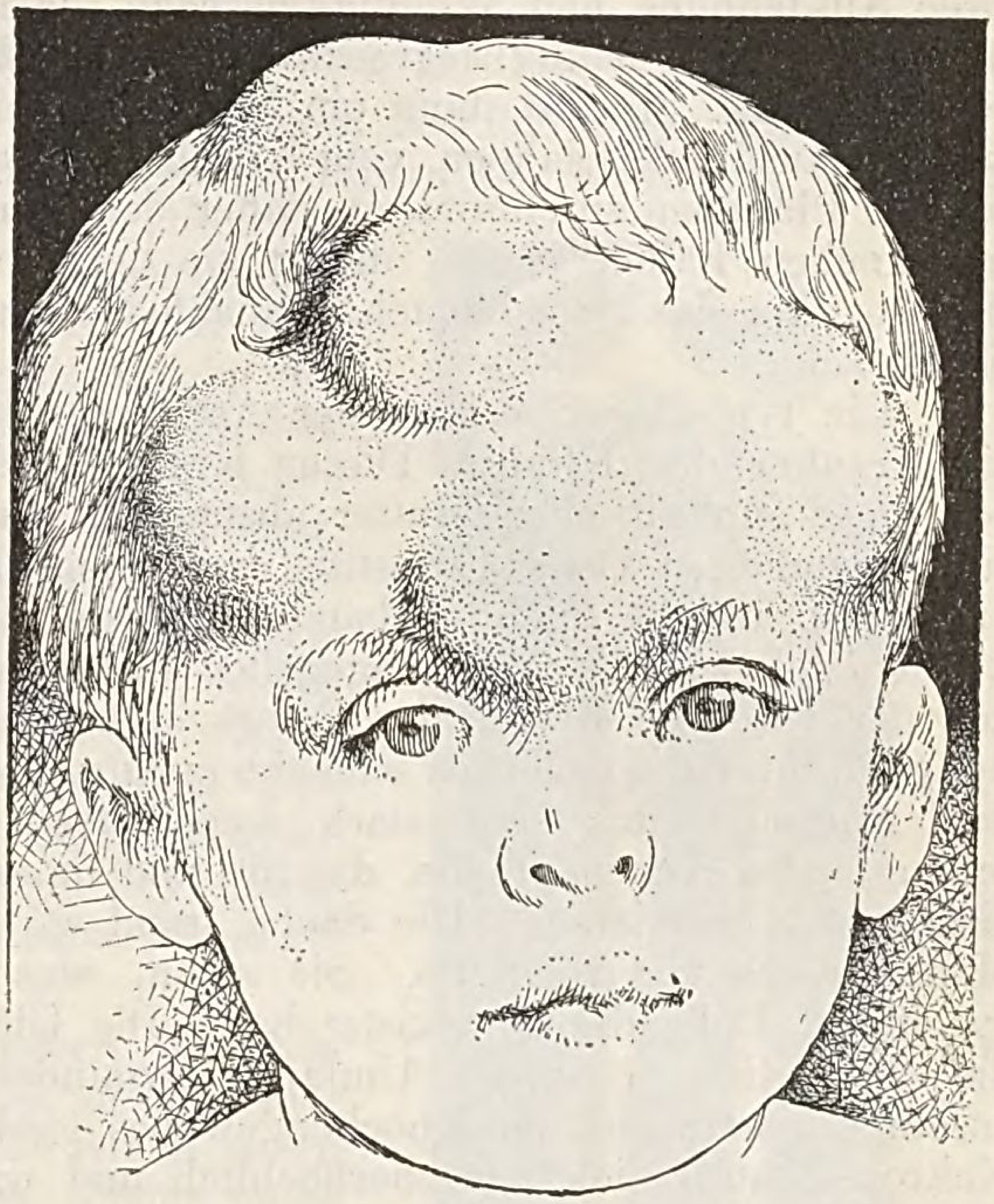


Fig. 30.
Gummöse Osteo-Periostitis des Craniums.

Wenn diese gummösen Osteo-Periostitiden zur rechten Zeit erkannt und energisch behandelt werden, so können sie sich resorbiren und verschwinden. Sehr häufig lassen sie als ihre Folge eine Knochendepression zurück, die man leicht mit dem Finger abtasten kann. Am Schädel z. B. kann man sehr häufig, selbst für das Auge, deutliche Knocheneindrücke der Schädelwölbung, die als Folgezustände dieser Erscheinung zurückblieben, constatiren.

Man könnte glauben, dass die Eindrücke mit einem Knochenmeissel gemacht wurden, und es ist keine Einbildung, denn diese Schädeldepressionen sind, wie die Autopsie zeigt, durch Substanzverlust des Knochengewebes, durch ziemlich tiefe Zerstörungen dieses Gewebes, welche die ganze oder einen Theil der äusseren Knochentafel, selbst die Diploe, ja selbst, was viel seltener ist, die Tabula interna zerstört haben und welche dann im letzteren Falle eine vollständige Perforation des Schädels hervorgebracht haben, entstanden.

Wenn diese gummösen Osteo-Periostitiden nicht behandelt worden sind, so erweichen sie sich langsam, brechen an ihrem höchsten Punkte auf, ulceriren excentrisch und bilden dann grosse Ulcerationen, welche tief in die geschwollenen und harten Gewebe eingebettet, welche von einer tief rothen Zone eingerahmt, welche scharf abgegrenzt sind und die scharf abgeschnittene anhaftende Ränder haben; ich füge auch noch bei, dass sie den eigenthümlichen, ungleichmässigen, alveolären, gefurchten, mit dickem

Eiter belegtem Geschwürsgrund der zerfallenden Gummen zeigen. Unter ihnen zeigt sich der Knochen gewöhnlich auf eine mehr oder weniger grosse Fläche hin verdickt und hyperostosirt und seine Oberfläche ist überdies der Sitz von nekrotischen Alterationen, wie die Untersuchung mit der Sonde zeigt. Und in der That, das Ende dieser gummösen Osteo-Periostitiden ist, wenn sie in ihrer Entwicklung durch die specifische Behandlung nicht gehemmt werden, die Nekrose. Nur ist diese Nekrose ihrer Ausdehnung und Wichtigkeit nach, je nach dem Falle, sehr veränderlich. Sehr häufig begrenzt sie sich auf die oberflächlichsten Theile des Knochens. Sie löst dann ein Stück wie einen Hobelspan, wenn Sie mir den Ausdruck erlauben, vom Knochen ab oder beschränkt sich darauf, ein Blättchen zu eliminiren, daher der Name der „nekrose feuilletée". In manchen Fällen jedoch dringt sie tiefer in das Knochenparenchym ein, so dass das Schädeldach manchmal deutlich vollständige Perforationen zeigt.

Ein typisches Specimen der Art dieser Erkrankung zeigt uns heute ein Kranker der Klinik. Dieser Kranke, der jetzt 17 Jahre alt ist, von einer syphilitischen Mutter abstammt, wurde im letzten Jahre von einer gummösen Osteo-Periostitis der einen Tibia befallen. Diese Erkrankung, welche nicht behandelt wurde, folgte genau dem Gange, welchen ich Ihnen soeben angegeben habe und endigte damit, dass sich auf der vorderen Fläche des Beines eine grosse Ulceration bildete, die tief gefurcht, eitrig und von schlechtem Aussehen war. Unterhalb derselben fand man die Tibia sehr stark hyperostosirt und überdies entblösste, schmerzhafte Knochentheile, die hie und da am Grunde dieser hässlichen Geschwüre erschienen. Die Sache stand so, als der Kranke vor zwei Monaten sich uns vorstellte. Sie sehen, was in diesem Zeitraume die specifische Behandlung geleistet hat. Die Ulceration ist heute geheilt, die Tibia ist in ihrem Umfang vermindert und es sind nur kleine Inseln des nekrotisirten Knochengewebes geblieben. Endlich ist diese Nekrose thatsächlich nur oberflächlich und wird sich bald ohne weiteren Zufall eliminiren.

Ebenso erwähnt Coupland eines jungen hereditärsyphilitischen Mädchens, das von zahlreichen gummösen Osteo-Periostitiden befallen war, und noch andere einschlägige Krankheitserscheinungen zeigte. Bei der Autopsie fand man mehrere isolirte gummöse Herde, die ihren deutlichen Ursprung im Periost hatten. Im Niveau des einen dieser Gummen war das Knochengewebe oberflächlich nekrotisirt. Zwei andere ähnliche Herde sassen auf den Schädelknochen.

Endlich lassen Sie mich ein schönes Beispiel dieser Erkrankung erwähnen, das ich Lannelongue verdanke.

Bei der Autopsie eines hereditärsyphilitischen Kindes fand man eine ganze Serie von gummösen Erkrankungen, die den Schädel, einen Humerus und einen Femur und die Lunge ergriffen hatten. Vorzüglich der Schädel war der Sitz von zahlreichen gummösen Periostitiden in verschiedenen Stadien ihrer Entwicklung; er war thatsächlich wie ein Sieb durchlöchert. Man zählte auf dem Stirnbein wenigstens sechs, Periostitiden eine, welche einen grossen Hügel bildete und sich von einem bis zum anderen Augenbrauenbogen ausdehnte und nicht weniger als 4 *cm* in der Länge und $2^1/_2$ *cm* in der Höhe mass. Eine zweite an der rechten Seite hatte die Form und die Gestalt einer Dattel. Zwei andere hatten

die Grösse von halben Pflaumen. Alle diese Tumoren waren durch gummöse Neubildungen gebildet, welche das verdickte Periost emporhoben und in das Knochengewebe eindrangen. Ueberdies waren die Knochen des Schädels mit einer ganzen Reihe von Aushöhlungen besäet, die mehr oder weniger tief in den Knochen eindrangen und mit gummösem Gewebe ausgefüllt waren.

III.

Gummöse Osteomyelitiden.

Eine dritte Reihe von Erkrankungen besteht in der Bildung von gummösen Krankheitserscheinungen im Innern des Knochens selbst, in der Mitte des Knochenmarkes. Diese Erkrankungen nun, welche die sogenannte Osteomyelitis gummosa bilden, hat man mehreremale unter den Erscheinungen der hereditären tardiven Syphilis gefunden. Man hat sie an verschiedenen Knochen beobachtet, an dem Humerus, dem Femur, der Tibia und den Schädelknochen. Als typisches Beispiel kann ich nichts besseres thun, als Ihnen die zwei schönen Aquarelle, die aus der Sammlung Lannelongue's kommen, zu zeigen, welche Gummen darstellen, die sich an einem hereditärsyphilitischen Kinde im Centrum des Markcanales des Femur und Humerus selbst gebildet haben. (Fig. 31.)

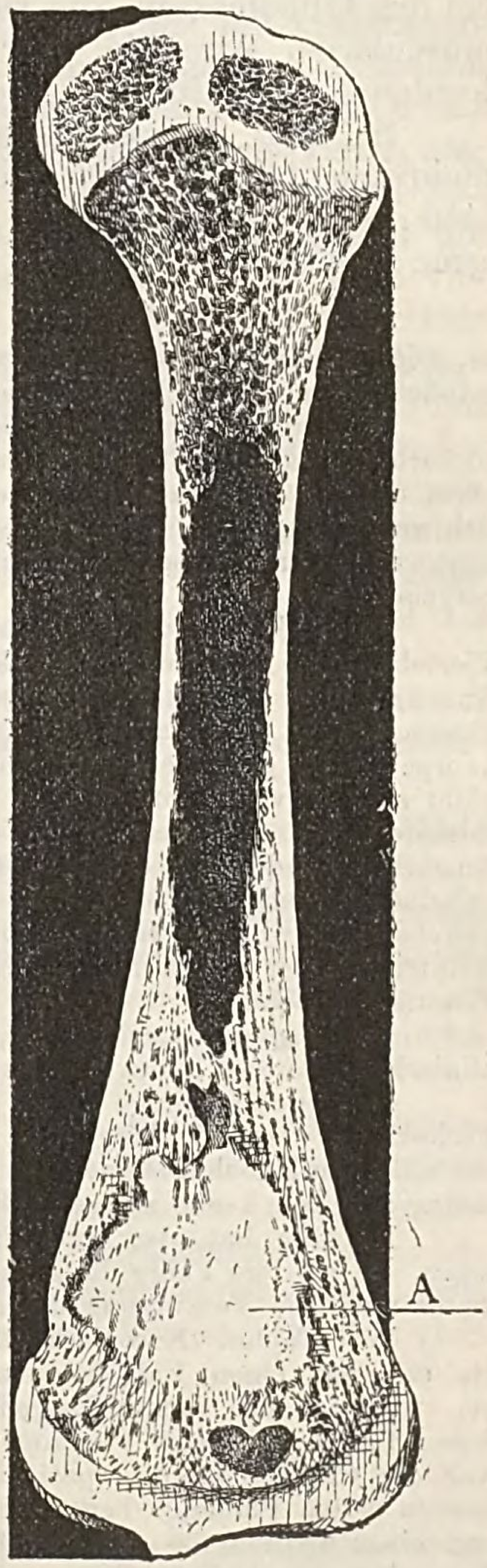


Fig. 31.

Ein Durchschnitt dieser Knochen zeigt deutlich den Markcanal, der in einer gewissen Ausdehnung durch einen festen Tumor ausgefüllt ist, dessen schöne gelbe Farbe merkwürdig von der rothen Farbe der benachbarten Partien absticht. Dieser Tumor ist ein Gumma in käsiger Degeneration. Wie gewöhnlich bildeten sich um jedes dieser Gummen Knochenablagerungen neuer Formation, welche eine spindelförmige Verdickung des Knochens in diesem Niveau hervorbrachten.[1])

[1]) Hier haben Sie die klare Beschreibung dieser Krankheitserscheinungen, die der Beobachtung, welche mir Lannelongue mittheilte, entnommen sind. — Der linke Humerus zeigt in den unteren Theilen seiner Diaphyse eine spindelförmige Anschwellung, die seine Dicke verdoppelt. Diese Anschwellung hört plötzlich nach unten, etwas oberhalb der Epiphyse auf; die Oberfläche ist ganz glatt. Wenn man den Knochen longitudinal durchschneidet, so findet man in diesem Niveau Folgendes:

Im Centrum eine breite, gelbe Oberfläche, die die Form eines unregelmässigen Quadrates hat, das mehr in der Länge als transversal ausgebreitet

XI.

Wenn ich, meine Herren, die klinische Geschichte dieser Knochenerkrankungen vervollständigen wollte, so müsste ich ihr noch mehrere Capitel widmen. Aber ich muss mich auf das beschränken, was den Specialgegenstand, den wir verfolgen wollen, betrifft. Indem ich also eine Anzahl von Punkten, welche eine natürliche Ergänzung zu dem Vorhergehenden liefern würden, übergehe,[1]) will ich Ihnen nur zwei klinische Eigenthümlichkeiten erwähnen, deren hohes Interesse mir verbietet, sie mit Stillschweigen zu übergehen.

I. Man hat die Osteo-Periostitiden der hereditären tardiven Syphilis bei den Gliedmassen, die sie befallen haben, entweder mit einer localen, musculären Atrophie oder auch mit einem wirklichen Stillstand der localen Entwicklung endigen gesehen.

So hat Lannelongue bei einem 12-jährigen Kinde, das seit mehreren Jahren beträchtliche Hyperostosen an der Ulna und am Radius hatte, einen beträchtlichen Schwund der Muskeln der beiden Vorderarme gefunden.

ist. Diese Oberfläche correspondirt mit dem centralen Theil des Knochens, der mit einer gelblichen und grünlichen Materie erfüllt ist.

Der gummöse Herd setzt sich aus der Knochensubstanz zusammen, die durch diese vorherbeschriebene gelbe Masse infiltrirt ist. An gewissen Punkten seiner Peripherie beginnt er sich von den umgebenden Knochentheilen abzulösen. Das Knochengewebe zeigt sich an manchen Stellen in seiner normalen Consistenz, an anderen Punkten scheint es zerstört zu sein. Diese Erkrankung ist jedenfalls durch eine gummöse Osteomyelitis hervorgebracht.

Das linke Femur zeigt eine leichte Anschwellung der Diaphyse in ihrem unteren Viertel. Diese Anschwellung ist spindelförmig, aber mehr an der vorderen Fläche des Knochens zum Ausdruck kommend. Wenn man einen Schnitt macht, so findet man in diesem Niveau (d. h. an dem Ende des Markcanals und 3 *cm* unterhalb des Gelenkknorpels) eine ganz der des Humerus identische Erkrankung, die aber in der Entwicklung nicht so weit vorgeschritten ist. Es existirt dort in dem Markcanal ein gelblicher, olivenförmiger Kern. Das Centrum ist absolut gelb, und consistenter als das Markgewebe. Ausserhalb findet sich eine weissliche, weiche Zone, welche in eine Lage entfärbten und gelatinös aussehenden Markes übergeht. Im Niveau dieses gelben Fleckes ist das Knochengewebe verschwunden. Hier besteht also mit einem Wort die Erkrankung in einem circumscripten, in der ersten Periode seiner Entwicklung stehenden Gummas. Der Rest des Femurs ist gesund.

[1]) Ich gebe als solche die zwei folgenden Eigenthümlichkeiten an, die sicher ein klinisches Interesse haben werden:

I. Man hat einige Male unter dem Einflusse der hereditärsyphilitischen Osteo-Periostitiden eine Verlängerung, ein Uebermass des Wachsthums in die Länge an den afficirten Knochen bemerkt. Ich für meinen Theil habe solche Fälle noch nicht gesehen, aber ich kenne mehrere Beispiele, die von verschiedenen Autoren angeführt sind.

II. Man hat aber auch im Gegentheil hereditärsyphilitische Knochenleiden gesehen, die als ihre Folge die mehr-weniger beträchtliche Resorption der Knochenelemente, daher auch die Verkürzung der afficirten Partien zur Folge hatten.

W. Taylor, New-York 1875, Syphilitic lessons of the osseous system in infants etc. etc. hat einen Fall bei einem 9-jährigen hereditärsyphilitischen Kind beobachet, bei welchem der rechte Zeigefinger auf einen Stumpf zusammengeschrumpft war, dessen Länge der ersten Phalange des Mittelfingers entsprach. Diese enorme Verkürzung war die Consequenz der specifischen Knochenerkrankungen, welche eine Resorption der ganzen ersten Phalange herbeigeführt hatten, ferner eines Drittels der zweiten Phalange und eines Drittels des zweiten Metacarpusknochens. Bei demselben Kinde befand sich die Spitze des kleinen Fingers im Niveau mit dem Gelenke der ersten Phalange des Ringfingers. Auch diese Verkürzung war das Resultat des vollständigen Verschwindens der einen Hälfte des correspondirenden Metacarpusknochens.

Derselbe Beobachter hat auch einen ähnlichen Schwund der Muskelmassen des Vorderarmes bei einem 8-jährigen Kind gefunden, welche Atrophie offenbar durch eine Hyperostose der Ulna verursacht war, welche diesen Knochen in seinem oberen Viertel betraf und die vollkommene Streckung des Ellbogens unmöglich machte.

Ein viel vollständigeres Beispiel derselben Art, zeigt uns ein Kranker unserer Klinik, von dem ich Ihnen kürzlich gesprochen habe. Dieser 28-jährige Kranke, welcher seit seiner Geburt bis auf den heutigen Tag durch ebenso vielfältige als verschiedentliche Erscheinungen der hereditären Syphilis verfolgt war, zeigte ungefähr im Alter von 5 Jahren Osteo-Pereostitiden des rechten Oberarmes, die als ihre Folgen Hyperostosen und Osteophyten hinterlassen haben, die Sie heutzutage noch constatiren können. Diese Erkrankungen sind ihrerseits mit Gelenkserkrankungen des Ellbogens und der Achsel vergesellschaftet. Endlich und als Folge sind die Bewegungen des Ellbogens und vorzüglich die Beugung zum Oberarm sehr schwer beeinträchtigt und in ihrer Bewegung beschränkt geblieben. Betrachten Sie nun und studiren Sie diese Extremität. Einerseits ist sie weniger kräftig als der linke Arm und die Muskelvorsprünge sind viel geringer. Anderseits ist dieses Glied viel kürzer als das linke, kürzer um 6 *cm,* was sicher sehr viel ist. Der rechte Humerus misst an Länge $4^1/_2$ *cm* weniger als der linke. Diese rechte Gliedmasse hat also in allen ihren Hauptpartien, in den Muskeln und Knochen vorzüglich, einen wirklichen Aufenhalt in der Entwicklung erfahren. Der Arm ist nicht zu seinem regelmässigen Wachsthum gelangt, und es ist kein Zweifel, dass diese ungenügende Entwicklung den Osteo-Pereostitiden, welche sich im Verlaufe der Kindheit entwickelt haben, und den functionellen Störungen, welche sie als ihre Folgen hatten, ihren Ursprung verdanken.

II. Zweitens können diese Knochenerkrankungen der hereditären Syphilis merkwürdigerweise Grund und Ursache von Spontanfracturen werden.

Hutchinson z. B. erwähnt die Geschichte eines 17-jährigen Mädchens, welches sich ohne traumatische Ursache irgend einer Art, ohne Stoss, ohne Fall, ohne Gewalt das Femur brach. Es stand aufrecht und machte keinerlei Anstrengung, als das Femur unter ihm zusammenbrach. Auf dem Punkte selbst aber nun, wo diese Fractur sich ereignete, bestand eine beträchtliche Knochenverdickung, eine wirkliche Hyperostose hereditärsyphilitischen Ursprungs.

So brach sich ein 4-jähriges Kind, das nebst anderen Krankheitserscheinungen der hereditären Syphilis auch eine Osteo-Pereostitis des Kiefers hatte, spontan diesen Kiefer ohne die mindeste traumatische Ursache. Als man nach einiger Zeit, als es an Diphtheritis starb, bei der Autopsie die Ursache dieser merkwürdigen Fractur suchte, fand man einen Knochenabscess, der im Kiefer in demselben Niveau, in der sich die Fractur befand, entstanden war.

XII.

Ich will nun die Differentialdiagnose der hereditärsyphilitischen Knochenerkrankungen und der verschiedenen anderen Knochenleiden, mit welchen sie verwechselt werden können, besprechen.

Es wäre unnütz, die Wichtigkeit und das praktische Interesse einer solchen Diagnose zu erwähnen. Wir stehen hier gewiss vor schweren Erkrankungen, welche sehr ernste Folgen haben können. Ueberdies haben wir es hier mit Erkrankungen zu thun, für welche der Arzt verantwortlich ist, da es von ihm abhängt, dieselben zu heilen oder nicht zu heilen, je nachdem er ihre wahre Natur erkannt oder nicht erkannt hat.

Wir wollen also diese diagnostische Frage in allen Details, die sie besitzt und mit aller Sorgfalt, die sie erfordert, studiren.

Ueber welche Grundelemente verfügen wir nun, um die Diagnose dieser Erkrankungen aufzustellen?

Diese Elemente sind zweierlei Art; nämlich:

I. Klinische Eigenthümlichkeiten, welche diese Knochenerkrankungen der hereditären tardiven Syphilis darbieten können, und

II. Erfahrungen, die wir aus dem Examen des Kranken, seinen früheren Krankheitserscheinungen, aus dem Stande der Gesundheit seiner Eltern und Geschwister finden können.

I. Die klinische Studie, welche vorhergeht, zeigt uns, dass diese Knochenerkrankungen der hereditären tardiven Syphilis eine gewisse Anzahl von Charakteren an sich haben, welche, obwohl sie nicht pathognomonisch sind, dennoch uns dahinführen, diesen Erscheinungen eine specifische Gestalt, ja eine besondere eigenthümliche Physiognomie zuzuschreiben. Diese Charaktere wollen wir hier vereinen und gruppiren, um das Gesammtbild besser erkennen zu können. Es sind folgende:

1. Die Vorliebe der tardiven hereditären Syphilis für lange Knochen, d. h. für die Knochen der Extremitäten und die besondere Vorliebe für die Tibia, welche ein wahrer Lieblingssitz ist, weil sie hier allein öfter als an allen Knochen zusammengenommen, vorfindet.

2. Die gewöhnliche Localisation der Krankheitserscheinungen an einer bestimmten Stelle, nämlich am Ende der Diaphyse, von wo sie dann auf die benachbarten Partien übergehen.

3. Die gewöhnliche Multiplicität dieser Krankheitserscheinungen bei denselben Personen. Dazu als Anhängsel die häufige Symmetrie dieser Erkrankungen.

4. Der gewöhnliche Typus dieser Laesionen zeigt sich durch subacute oder chronische Periostitiden, welche später in sehr beträchtliche, ja in manchen Fällen in massive Hyperostosen endigen.

5. Von daher kommen mehr oder weniger ausgesprochene und beträchtliche Veränderungen in der Form des afficirten Knochens, z. B. eine typische oder beinahe pathognomonische Deformation der Tibia, die sich nach vorne zu krümmen und seitwärts abzuflachen scheint (Tibia en lame de sabre).

6. Die Dolores osteocopi mit heftigen nächtlichen Exacerbationen, Schmerzen, welche — was ein merkwürdiges Detail ist — eine längere oder kürzere Zeit der deutlichen Bildung der Krankheitserscheinung vorausgehen können und welche bis in eine spätere Zeit sich fortsetzen.

II. Sie können dieser Gruppe von diagnostischen Anzeichen noch eine andere Gruppe beifügen, die ich Ihnen hier nur aufzählen will, weil ich sie einerseits schon oft besprochen habe und andererseits die Erscheinungen dieser Art für den jetzigen Gegenstand nichts Specielles haben. Es sind das alle diejenigen, auf welchen die Diagnose der hereditären Syphilis beruht und welche hergeleitet werden können theils aus

dem thatsächlichen Zustande des Kranken und dem Zusammenfallen mit anderen specifischen Erscheinungen, theils aus den vorangegangenen Erkrankungen, unter denen ein syphilitisches Krankheitssymptom gefunden werden kann, theils bei der Untersuchung der Familie.

Vereinigen Sie alle diese verschiedenen Thatsachen und sagen Sie mir, ob ein solches Gesammtbild nicht eine der präcisesten, genauesten und deutlichsten Sammlungen der diagnostischen Elemente bildet. Gibt es in Wirklichkeit viele Krankheitszustände, die sich dem Arzte in einem so reichen Gefolge von semiologischen Elementen darbieten?

So scheint es also a priori, dass die Knochenerkrankungen der hereditären tardiven Syphilis nicht leicht unbeachtet bleiben konnten. Und dennoch sind sie, ich möchte sagen, Jahrhunderte hindurch unbekannt geblieben, so dass man bis auf die jetzige Zeit warten musste, um die ersten Anstrengungen und Versuche, sie zu unterscheiden, constatiren zu können, um sie aus dem Chaos, in welchem sie mit so vielen anderen Erkrankungen des Knochensystems vermischt waren, sichten zu können. Ja noch mehr: auch in unseren Tagen sind sie weit entfernt davon, in der classischen Wissenschaft ihren Platz zu haben. Zeugniss davon geben so und so viele Irrthümer, die täglich in dieser Hinsicht begangen werden. Um sich zu überzeugen, bitte ich einige der Originalbeobachtungen, die sich auf sie beziehen, zu lesen und sie werden Folgendes oft finden: dass diese Erkrankungen in diesem oder jenem besonderen Falle anfänglich ihrer Art nach von verschiedenen Aerzten verkannt worden sind, die dieselben dem Rheumatismus, der Scrophulose, einer Verwundung oder dem Wachsthum zugeschrieben haben und dass dieselben lange Zeit ohne Erfolg behandelt worden sind bis an den Tag, wo ein klarer sehender Arzt, der weniger als seine Vorgänger unter dem Joche der übergekommenen Wissenschaft niedergedrückt war, endlich auf die specifische Natur dieser Erkrankung Verdacht schöpfte, die specifische Behandlung verschrieb und den Kranken geheilt hat. Wie viele Beispiele dieser Art könnte ich nicht meinerseits citiren!

Woher kommen diese Irrthümer? — Wie können diese Krankheitserscheinungen, die, wie ich wiederhole, eine so klare und mehr oder weniger deutliche Charakteristik haben, wie konnten sie so lange Zeit unbekanntbleiben, und warum werden sie auch heutzutage so selten nach ihrem wahren Werth geschätzt? — Es gibt dafür nur einen Grund, glauben Sie mir, meine Herren, und dieser Grund ist der gewohnheitsmässige Schlendrian, welcher die Geister in Hinsicht auf die hereditäre tardive Syphilis beherrscht.

Man glaubt es nicht und man will es nicht glauben, darum, weil unsere Vorgänger es nicht geglaubt haben, dass der Einfluss der hereditären Syphilis sich in die zweite Kindheit, in die Adolescenz, selbst in das reife Alter erstrecken kann; so dass man, wenn man eine Knochenerkrankung ausserhalb der ersten Jugendzeit vor sich hat, man nicht a priori zugibt, dass sie durch eine specifische Heredität bedingt sein kann; consequenterweise sucht man nicht nach der Syphilis im Vorleben des Kranken und denkt nicht daran, sie als mögliche Ursache der Krankheitserscheinungen gelten zu lassen. Man zieht vor, den Grund dieser Erscheinung in irgend einer gewöhnlichen Ursache zu suchen, wie z. B. in Lymphatismus, Erkältung, Rheumatismus (dieser Vorsehung der Aetiologisten auf Abwegen, wie sich kürzlich einer unserer Collegen

ausdrückte), ja man beschränkt sich darauf, diese Zufälle ihrem Ursprunge nach unerklärt zu lassen, ehe man mit der Tradition und diesen voreingenommenen Ideen bricht.

Die Beweise für das, was ich gesagt habe, brauche ich nicht weit zu suchen. Aber verweilen wir nicht bei diesen speciellen Citaten, noch weniger bei unnützen Recriminationen gegen die Irrthümer, denen die Wissensshaft bald Gerechtigkeit wird angedeihen lassen, und kommen wir zu unserem Gegenstande.

Das, was uns zu wissen notthut, ist, dass einerseits diese Erscheinungen sehr oft zum Ursprung der Irrthümer, die wir erwähnt haben, gedient haben und andererseits, wie wir diese Irrthümer in Zukunft vermeiden können.

I. Durch Trauma erzeugte Krankheitserscheinungen.

Einige Beobachtungen zeigen, dass die Knochenerkrankungen, die von der hereditären Syphilis abstammen, für Krankheitserscheinungen durch Trauma gehalten werden können. Es ist in der That ganz gewiss, dass diese zwei Arten von Knochenerscheinungen, so verschieden sie dem Ursprung und der Natur nach sind, doch gewisse Analogien der Symptome zeigen können. Jedermann weiss, dass eine heftige Knochencontusion mit dem endigen kann, was man eine traumatische Exstose nennt, und in einem höheren Grade der Schwere mit einer Osteo-Periostitis, mit Eiterung und einer partiellen Nekrose abschliessen kann.

Aber wenn wir auch dies zugeben, wieviel Zeichen bieten sich doch dar, um diese traumatische Erscheinung von den Erscheinungen, die der hereditären Syphilis eigen sind, zu unterscheiden!

Erstens hat diese traumatische Laesion eine Geschichte, eine genaue Aetiologie vom doppelten Gesichtspunkte, vom topographischen und chronologischen; das will sagen, dass der Patient einen Stoss oder Schlag an diesen Punkt zu dieser oder jener Zeit erhalten hat, der von den und jenen Erscheinungen gefolgt war.

Zeigen nun diese traumatischen Laesionen dieses symptomatologische Gesammtbild, welches wir bei unserem Kranken beschrieben haben? — Haben sie auch wie die Knochenerkrankungen der hereditären Syphilis eine Prodromalzeit von heftigen Knochenschmerzen? Haben diese Schmerzen auch so typische nächtliche Exacerbationen? Endigen sie wie diese in massive und difformirende Hyperostosen? Haben auch sie denselben Sitz, dieselbe Entwicklung, dieselbe Dauer? Sind sie gleichfalls multipel? etc. etc.

So genügt also in der That mit eventuellen Ausnahmen unter ganz besonderen Bedingungen eine präcise Fragestellung und eine Untersuchung von wenigen Minuten, um sicher eine Knochenerkrankung traumatischen Ursprungs von einer specifisch hereditären Affection zu unterscheiden.

II. Exostosen des Wachsthums.

Ein Irrthum in der Diagnose hätte auch in den folgenden Fällen eine Entschuldigung. Es ist nicht selten, dass in der Epoche der Adolescenz, wenn alle Organe in einer grösseren nutritiven Thätigkeit sind,

um den Forderungen des Wachsthums zu genügen, sich Knochenanschwellungen an verschiedenen Punkten des Skelettes entwickeln. Diese Krankheitsproducte, welche von dem Uebermass und der Abirrung eines normalen physiologischen Processes entstehen, sind das, was man anormale Apophysen, essentielle oder symmetrische Exostosen, Osteophyten, oder nach dem gangbaren Ausdrucke unserer Tage, Exostosen des Wachsthums oder der Entwicklung genannt hat. Man hat auch manchmal die Knochenerkrankungen der tardiven hereditären Syphilis für Osteome dieser Art gehalten. Es ist nicht zu leugnen, dass die Exostosen des Wachsthums sich in einigen wichtigen Charakteren den letzteren nähern. So entstehen sie gerade wie diese gewöhnlich im Alter von 12 bis 20 Jahren, wie diese befallen sie vorzüglich die Röhrenknochen, besonders das Femur, die Tibia, den Humerus, die Knochen des Vorderarmes, wie diese sind sie bald einzeln, bald multipel, manchesmal mit Vorliebe multipel,[1]) wie diese, sind sie oft symmetrisch.

Dagegen unterscheiden sie sich durch eine ganze Reihe von Hauptzeichen, unter denen vorzüglich die vier Folgenden zu erwähnen sind.

1. Haben sie einen Sitz, einen ausschliesslichen Sitz, wenigstens dem Ursprunge[2]) nach, das ist die Stelle der Verbindung zwischen der Epiphyse und der Diaphyse, im Niveau des Gelenkknorpels. Wir können hinzufügen, dass sie sehr oft auf diesen Punkt beschränkt bleiben.

Ohne Zweifel haben die Osteo-Periostitiden der hereditären Syphilis gewöhnlich denselben Sitz als Ausgangspunkt, wie wir aus dem Vorhergehenden gesehen haben; aber sie dehnen sich bald auf die Diaphyse aus und bilden Hyperostosen der Diaphyse. Uebrigens ist es nicht selten, dass sie gleich vom Anfange an die Diaphyse befallen.

2. Die Exostosen der Entwicklung haben ein ausserordentlich langsames Wachsthum, viel langsamer als die der syphilitischen Erkrankungen.

3. Endlich haben sie ein absolut indolentes Wachsthum. Sie entstehen und entwickeln sich nach einem Modus, den man latent nennen könnte, so dass sie der Kranke erst zufällig entdeckt, wenn sie schon mehr oder weniger gross sind, so dass er auch manchmal von ihrer Existenz nichts weiss und sie durch einen Arzt erfährt, den er wegen einer anderen Sache consultirt.

Sie können auch schmerzhaft werden, aber wann und wie? — Vor ihrem Wachsthum, wenn sie ein gewisses Volumen bekommen haben und infolge dieses Volumens die benachbarten Organe von der Stelle rücken, zusammendrücken oder zusammendrängen.

Bei den syphilitischen Periostitiden ist es nicht dasselbe. Denn sie

[1]) Ein einziges Beispiel: J. Paget erwähnt eines Kindes, das symmetrische Exostosen dieser Art am Schulterblatt, Humerus, Radius, Wadenbein, der Tibia, der 5. und 6. Rippe trug.

[2]) Ich mache diese Restriction, um einer Bemerkung, die Heidenreich machte, Rechnung zu tragen. Er sagte: „Man muss bemerken, dass diese Exostosen nicht immer im Niveau des Epiphysenknorpels gelegen sind. Wenn sie an der Stelle, welche an die Epiphyse grenzt, entstanden sind, so ändert sich ihre Situation nicht in der Weise, als der Knochen wächst. Das Gegentheil findet statt, wenn sie von dem Theile des Epiphysenknorpels, welcher der Diaphyse zunächst liegt, entstehen. In diesem Falle entfernt sich der Punkt, von dem die Exostose ausgeht, in dem Maasse, als sich neue Knochen, lagen bilden, nach und nach vom Gelenkknorpel und sitzt endlich auf der Diaphys des Knochens selbst.

sind schmerzhaft, bevor sie entstehen, schmerzhaft während ihrer Entwicklung und werden im Gegentheil indolent, wenn sie in ihrem Wachsthum zu Ende sind und wenn sie auf dem Standpunkte einer permanenten und definitiven Hyperostose angelangt sind. Es ist also auf der einen Seite Abwesenheit der Schmerzen oder wenigstens nur Schmerzen in Folge des Wachsthums, auf der anderen Seite heftige, intensive osteocopische Schmerzen vor und während der Periode des Wachsthums. Dann aber verschwinden diese Schmerzen in einer vorgerückten Etappe. Endlich treten keine nächtlichen Exacerbationen der Schmerzen bei den Exostosen des Wachsthums auf.

Hier haben Sie also sicher eine Gruppe ausgezeichneter Kennzeichen, von denen die Diagnose Nutzen ziehen wird.

IV. Welche Unterscheidungszeichen finden wir nun in der Form der Erkrankung Ohne Zweifel kann die Exostose des Wachsthums verschiedene Gestalten annehmen. Aber mag sie auch was immer für eine Gestalt haben, mag sie gestielt oder ungestielt sein, sie nähert sich immer mehr oder weniger demjenigen, was man eine Knochenapophyse nennt. Es ist eine Art Knospe, die auf den Knochen aufgewachsen ist, eine Art parasitärer Production, wenn ich mich so ausdrücken kann, es ist mit einem Worte ein Osteophyt seiner allgemeinen Physiognomie nach und man hat den Eindruck, dass man diesen Osteophyten abschneiden und weglösen kann, wie man eine Knospe von einem Zweige ablöst.

Die syphilitische Exostose ist dagegen durch die Anschwellung eines ganzen Knochensegmentes gebildet. Die syphilitische Exostose ist der an der Oberfläche oder in seiner Gesammtheit auf eine gewisse Ausdehnung hypertrophirte Knochen selbst, und man hat das Gefühl, dass das Krankheitsproduct, welches sich in dieser Weise auf der Diaphyse gebildet hat, einen Körper mit dem Knochen bildet, von dem man es nicht trennen könnte.

Diese vier Zeichen, ohne von anderen, die ich noch anfügen könnte, zu sprechen, bilden zwischen den Osteo-Periostitiden der hereditären Syphilis und den Exostosen des Wachsthums ganz bedeutende Unterscheidungszeichen, welche die Differentialdiagnose ermöglichen.

III. Rheumatismus.

Sehr häufig wurde auch der Rheumatismus als Ursache der Krankheitserscheinungen, die uns beschäftigen, hingestellt, und Sie würden geradeso wie ich erstaunt gewesen sein, wenn er bei dieser Krankheit nicht erwähnt worden wäre. Denn der Rheumatismus, hat die Gewohnheit überall zu erscheinen, und die ätiologischen Capitel sind sehr selten, in denen er nicht Platz findet. Er dankt diese Gabe der Allgegenwart der ganz gewöhnlichen Ursache, dass es immer gestattet ist, ihn bei was immer für einer Krankheitserscheinung als Ursache anzugeben. Welches menschliche Wesen hat nicht manchmal Schmerzen gehabt? — Wer von uns war nicht den veränderlichen Einflüssen der Temperatur, den Erkältungen, dem Luftzug und der Feuchtigkeit ausgesetzt? — Wer von uns hat in seiner Familie nicht irgend welche Ahnen oder Verwandte, die an Rheumatismus leiden? — So kann man überall mit oder ohne Grund den pathogenetischen Einfluss der sogenannten rheu-

matischen Ursachen anrufen. Mit anderen Worten, man hat in unseren Tagen den Rheumatismus als ätiologische Ursache so benützt und abgenützt, dass derselbe eine wirkliche Pandorabüchse wurde, aus der alle Krankheiten, welche die Menschen befallen, zu entstehen scheinen.

Und in der That hat er auch in unserem Falle seine Rolle gespielt, und wenn die Zeit es erlauben würde, so könnte ich Ihnen eine Anzahl von Beobachtungen erzählen, wo ganz klare, syphilitische Osteo-Periostitiden als Krankheitserscheinungen, die vom Rheumatismus herkommen, betrachtet wurden.

Z. B. kann ich Ihnen als Beispiel den Kranken anführen, von dem ich früher gesprochen habe und der an chronischen Kopfschmerzen, an Dolores osteocopi und an einer tibialen Hyperostose litt, der lange Zeit als ein Rheumatiker behandelt, zweimal nach Aix-lex-Bains ohne Erfolg geschickt wurde, dann aber rasch eines Tages geheilt wurde, als zwei klarer blickende Collegen die Syphilis als Ursache ansahen und eine antisyphilitische Behandlung einleiteten.

Wir können es kategorisch und ganz klar sagen, dass der Rheumatismus mit den Erscheinungen, die uns beschäftigen, nichts zu thun hat. Er ist nicht im Stande, Knochenerkrankungen hervorzubringen, die in ihren Symptomen, ihren Erscheinungen und in ihrem möglichen Ende (Eiterung, Nekrose) mit denjenigen identisch wären, welche wir bei unserem Erkrankten beschrieben haben und es wird keiner längeren Discussion bedürfen, um Sie davon zu überzeugen.

Nach der allgemeinen Ueberzeugung hat der Rheumatismus vorzüglich seinen Einfluss auf die Gelenke. Ueberdies aber, wenn er die Knochen afficirt, so befällt er sie gleichzeitig mit Gelenkserkrankungen. Diese Gelenkserkrankungen findet man aber bei unseren Kranken nicht, mit Ausnahme einiger weniger Fälle, die wir zur gelegenen Zeit und am gelegenen Ort besprechen werden. Die Knochenerkrankungen, die uns jetzt beschäftigt haben, sind in der enormen Majorität der Fälle absolut nicht von Gelenkscomplicationen begleitet.

Zweitens ist der Knochenrheumatismus, vorzüglich in seinen schweren Formen, welche ja die einzigen sind, die man mit den Krankheitserscheinungen unserer Kranken vergleichen könnte, eine Erkrankung des reiferen Alters. Die Osteo-Periostitiden der hereditären Syphilis dagegen beobachtet man an jungen Personen, an Adolescenten und an Kindern.

Man sagt, dass der Rheumatismus subacute und acute Periostitiden hervorbringen kann, die einen gewissen Grad der Anschwellung des Knochens als ihre Folge hinterlassen können. Das ist gewiss wahr; aber die Phänomene dieser Art, die er gewöhnlich hervorbringt, sind meist sehr leichte, flüchtige, nur fluxionäre Osteo-Periostitiden, und endigen — mit sehr seltenen Ausnahmen — nicht wie diejenigen der Syphilis in mehr oder weniger beträchtliche Periostosen, noch in massiven und beständigen Hyperostosen, noch in Eiterung und Nekrose.

Ich weiss ganz gut, dass man die letzte Zeit über gewisse Arten des Rheumatismus gesprochen hat, welchen man den Namen „osteohypertrophischer Rheumatimus“ oder „primitive rheumatismale Hyperostose“ gegeben hat und in welchen das Knochengewebe, das im Sinne der acuten oder chronischen Ostitis befallen war, beträchtliche, manchmal sogar monströse Hypertrophien eingegangen wäre. Mir liegt es ferne, die Wirklichkeit dieser fremdartigen Formen, welche übrigens nur sehr

unvollkommen bekannt sind, zu bestreiten. Aber gewiss kann ich angeben, dass solche Formen sehr selten sind und in der Geschichte des Rheumatismus immer als Ausnahmen dastehen werden. [1])

Ich schliesse also, indem ich sage: Es wäre eine klinische Häresie, wenn man dem Rheumatismus identische Laesionen oder solche, die mit denjenigen der hereditären Syphilis verglichen werden könnten, zuschreiben würde, d. h. solche Periostitiden, die entweder in massiven Hyperostosen mit mehr oder weniger beträchtlichen Knochendifformationen enden oder zur Eiterung oder Nekrose führen, es hiesse das, ihm eine Wirkung zuschreiben, die er nicht hervorbringt.

IV. Scrophulose.

Bis auf den heutigen Tag hat man die Knochenerkrankungen, die ich Ihnen beschrieben habe, theils als specifische Erkrankungen, theils als Krankheitserscheinungen, die von dem Einfluss einer hereditären Syphilis kommen, nur als scrophulose Erscheinungen betrachtet. Man machte aus ihnen einfach und kurz scrophulose Krankheitszufälle. Ja selbst, wenn man sie bei Personen, die von notorisch syphilitischen Eltern abstammten, sah, hielt man sie noch immer für Erscheinungen der Scrophulose, indem man sagte, es ist die Scrophulose, die von der Syphilis kommt, oder auch, es ist die Syphilis, die sich in Scrophulose verwandelt hat.

Ein berühmter Arzt unseres Spitals, Bazin, versuchte in der That gegen diese traditionellen Vorurtheile anzukämpfen. Er wiederholte sattsam, dass die Diathesen sich niemals umbilden und dass es ein grosser Irrthum ist, zu glauben, dass sich die Syphilis je in Scrophulose verwandeln könne. Ueberdies — und das betrifft vorzüglich unseren Gegenstand — specificirte er an mehreren Seiten seiner schönen Abhandlung über die Scrophulose, dass für ihn gewisse Knochenerkrankungen, vorzüglich die Nekrose, welche man gewöhnlich der Scrophulose zutheilt, in Wirklichkeit nichts anderes als Erscheinungen der hereditären Syphilis sind.

Diese neue und klinische Idee sprach er unglücklicherweise nur in einer ganz nebensächlichen Form im Laufe seiner Ausführung aus, ohne sie besonders hervorzuheben, ohne sie mit Proben zu belegen, so dass sie nicht so bemerkt wurde, wie sie es verdient hätte.

Im Ganzen existiren wie vor und nach diesem grossen Beobachter und trotz ihm, diese alten Irrthümer fort, und die Tradition folgt ihren Weg. Man fuhr fort und fährt noch fort, eine Anzahl von Erscheinungen der hereditären Syphilis, besonders aber die Knochenerkrankungen vor allem, für Scrophulose zu halten. Heutzutage ist dies zur Gewohnheit

[1]) Das ist auch die Meinung meines verehrten Collegen Besnier, welcher mit so grosser Genauigkeit, wie Jedermann weiss, alle die Fragen, die den Rheumatismus betreffen, studirt hat. Er sagt:

„Nachdem ich weder in den früher publicirten Arbeiten noch in meinen eigenen Beobachtungen etwas gefunden habe, was mir die wirkliche Natur der verschiedenen Osteo-Periostitiden zweifelhaften Ursprungs, welche vager Weise dem Rheumatismus zugeschrieben wurden, bestätigen liess, so glaubte ich nicht, ihm in meinem Artikel über den Rheumatismus im encyklopädistischen Dictionarium ein eigenes Capitel widmen zu müssen. Die Thatsachen, welche man seither erwähnt hat, haben meine Eigenheit zu sehen, nicht geändert.

geworden und alles, was bei einem Kinde oder einem Adolescenten auf den Knochen erscheint, mit Ausnahme der Wunden, wird ipso facto der Scrophulose zugeschrieben. Alles, was einen Knochen unter solchen Bedingungen betrifft, ist, muss und kann nichts anderes als die Scrophulose sein.

Wir unsererseits protestiren vergeblich, indem wir sagen: Aber unter der grossen Anzahl von Knochenerkrankungen, welche man pêle-mêle in den Rahmen der Scrophulose hineinzwängt, sind ja solche, die nicht zur Scrophulose gehören, sind solche, die anatomisch und klinisch sich von wirklichen scrophulösen Erkrankungen unterscheiden; sind solche, welche man an Personen bemerkt, die nichts Scrophulöses an sich haben und welche andererseits hereditärsyphilitisch sind; sind solche, welche hartnäckig und absolut der antiscrophulösen Behandlung Widerstand leisten, und unter antisyphilitischer Behandlung mit einer bedeutenden Schnelligkeit heilen etc., sind also mit einem Wort solche, welche deutlich syphilitisch und nicht scrophulös sind etc.

Auf das antwortet man, dass wir die Scrophulose nicht kennen, dass wir uns vorgenommen haben, mit der Scrophulose ein Ende zu machen und dass wir überall den harten Schanker sehen, dass es Mode ist, überall die Syphilis zu sehen, dass man den Neuerungen der Mode misstrauen müsse etc. etc.; im Ganzen, man glaubt es uns nicht, die Tradition bleibt unerschüttert und die hereditärsyphilitischen Knochenerkrankungen bleiben nach wie vor Scrophulose.

Es ist schwer, einen Ideenstrom zurückzudämmen und einer medicinischen Generation die Ideen, mit welchen sie erzogen worden ist, zu rauben. Und dennoch will ich dies versuchen, da ich in dieser Aufgabe durch die Ueberzeugung aufrechterhalten werde, die ich aus meinen persönlichen Beobachtungen und denen einiger meiner Collegen, vor allem meines gelehrten Freundes M. Lannelongue geschöpft habe. Wir wollen die Besprechung präcisiren. Als Ausgangspunkt zeigt sich eine brutale, nicht zurückweisbare Thatsache, nämlich, dass häufig, ja sehr häufig sich diese Knochenerkrankungen bei Personen, Kindern oder Adolescenten, die von syphilitischen Eltern stammen, zeigen.

Was sind nun diese Krankheitserscheinungen? — Hier ist der strittige Punkt.

Zwei Interpretationen findet man: Für die einen sind diese Krankheitserscheinungen ihrer Natur nach Scrophulose; für die anderen, — und ich brauche nicht zu sagen, dass ich zu ihnen gehöre, — sind diese Krankheitserscheinungen syphilitisch. Welche von diesen beiden Interpretationen die richtige ist, dieses Problem ist zu lösen.

Nun, um es zu lösen, habe ich nur ein Mittel, und das ist, vor Ihren Augen einerseits den Vergleich anzustellen, was die Scrophulose hervorbringt, wenn sie das Knochensystem ergreift und andererseits, was die Syphilis auf dasselbe System für einen Einfluss übt; dann auch, zu vergleichen und nachzuforschen, an welchen Typus diese Erscheinungen, die wir studiren, sich anschliessen. Aus dieser Parallele muss die Lösung, die Sie und ich suchen, sich finden. Wir werden in einer vergleichsweisen Form diese zwei Arten von Krankheitserscheinungen untersuchen und sie nacheinander von folgenden Gesichtspunkten aus betrachteten:

I. Nach ihren gewöhnlichen Localisationen;

II. nach ihrer anatomischen Art;

III. nach ihrer klinischen Art;
IV. nach dem Einfluss, der durch die verschiedenen therapeutischen Agentien auf sie ausgeübt wird;
V. nach dem Terrain, auf welchem sie sich entwickelt haben.

I. Localisation.

Aus der Erfahrung und aus den verschiedenen Statistiken, über die ich verfüge, können die drei folgenden Sätze als sicher aufgestellt werden:

1. Die Syphilis ergreift die Röhrenknochen viel häufiger als die kurzen und die breiten Knochen.
2. Wenn sie die Röhrenknochen befällt, so ist es vorzüglich die Diaphyse, an der sie auftritt.
3. Von allen Knochen befällt sie am häufigsten die Tibia.

Andererseits ist es erwiesen, dass die Scrophulose mit Vorliebe vorkommt

1. an den kurzen Knochen und ebenso häufig an den platten Knochen,
2. an den Epiphysen der Röhrenknochen.

Wo sehen wir sie nun am häufigsten auftreten? — An den Wirbeln, wo sie das Malum Pottii [1]) hervorbringt, auf den Wangenknochen, welche ihr Lieblingssitz ist, (erinnern Sie sich nur, wie häufig man bei scrophulösen Personen unterhalb des unteren Augenlides eine tiefe, adhärirende, strahlige Narbe findet, die das offenbare Zeugniss einer Caries des Jochbeins ist), an den kleinen Knochen der Extremitäten, z. B. an dem Fersenbein, an dem Felsenbein, an den Rippen, am Sternum, am Schulterblatt und dem Becken.

Was die besondere Vorliebe der Scrophulose für die Epiphysen der

[1]) Die Zeit ist nicht ferne, wo alle Knochenerkrankungen, die in das Malum Pottii ausgingen, immer und unveränderlich der Scrophulo-Tuberculose zugeschrieben wurden. Bei dem heutigen Fortschritt der Wissenschaft weiss man, dass man im Allgemeinen auch der Syphilis einen Theil der Pathogenese dieser Erkrankungen zuschreiben muss. Aber was für eine Rolle im besonderen spielt die hereditäre Syphilis beim Entstehen dieses Malum Pottii specifischen Ursprungs?

Das ist ein Punkt, der bei dem gegenwärtigen Stande unserer Kenntnisse nicht präcisirt werden kann und den ich hier aus Mangel einer genügenden Anzahl von authentischen Fällen nicht besprechen kann.

Man hat zwar gesagt, dass die Caries der Wirbel, die im erwachsenen Alter auftritt, sehr häufig, wenn auch nicht immer, das Resultat einer hereditärsyphilitischen Infection ist. Aber ich sehe nicht, dass diese kühne Behauptung ihre Bestätigung gefunden hat, d. h. durch eine stattliche Zahl von klinischen Beobachtungen legitimirt wurde.

Was mich betrifft, ist meine Bilanz in dieser Frage folgende:

Ich glaube vielleicht 4 Fälle des Malum Pottii, das von der hereditären Syphilis herkam, bei Kindern von 4 bis 11 Jahren gesehen zu haben. In diesen 4 Fällen hatte ich es in der That mit nicht scrophulösen Kindern zu thun, bei welchen verschiedene Zeichen und verschiedene Behauptungen eine specifische Heredität zu bestätigen schienen. Ich bin aber in keinem dieser Fälle bis zu den Eltern gelangt, um bei ihnen die Syphilis zu finden oder wenigstens das Zugeständniss derselben zu erhalten. Daher muss ich sagen, dass diese 4 Fälle, in denen das Malum Pottii von einer hereditärsyphilitischen Infection herkommt, ihrer Geltung nach für mich nur einfach wahrscheinlich, aber nicht positiv seien.

Gewiss kam die Frage des hereditärsyphilitischen Malum Pottii in der Wissenschaft einstweilen nur zum Vorschein und wird lange Zeit ihrer Erklärung harren.

Röhrenknochen betrifft, bestätigt vorzüglich die Thatsache, dass der Tumor albus eine Form der Scrophulose ist.

An erster Stelle gibt es also sehr genaue Unterschiede zwischen der Scrophulose und der Syphilis in Bezug auf ihre gewöhnliche Localisation. Jede dieser beiden Erkrankungen hat ihren Lieblingssitz und der Lieblingssitz der einen ist nicht derjenige der anderen Erkrankung.

II. Anatomie.

Auf welche Weise zeigt sich der Einfluss der Syphilis auf das Knochensystem am häufigsten?

Durch 2 pathologische Formen:

1. Als gewöhnliche Allgemeinform der acuten oder chronischen Periostitiden, welche in Hyperostosen und gewöhnlich in voluminöse, massive und difformirende Hyperostosen ausgehen, diese Osteo-Periostitiden sind, wie ich Ihnen gesagt habe, ausserordentlich productiv, proliferirend und bilden Knochen an, oft im aussergewöhnlichen Masse.

2. Die seltenere Form der acuten, inflammatorischen Osteo-Periostitiden, welche sowohl in Hyperostosen als auch in Eiterung und Nekrose endigen.

In was bestehen andererseits die Knochenerkrankungen der Scrophulose?

1. In der Imprägnation der Knochensubstanz durch eine specielle, virulente, mikrobische, sogenannte tuberculose Neubildung.

2. In nachfolgender Production einer rarificirenden, sogenannten cariösen Ostitis.

Es ist nämlich der Tuberkel, die Anfangs- und die constante Krankheitserscheinung aller Knochenerkrankungen der Scrophulose, wie zahlreiche neuere Untersuchungen gezeigt haben. Oeffnen Sie einen scrophulösen Knochen und Sie werden immer den Tuberkel finden. Untersuchen Sie entweder das fungöse Gewebe, welches eine scrophulöse Ostitis umgibt, oder die Fistelgänge, welches den Eiter einer scrophulösen Ostitis nach aussen führen, so werden Sie in dem einen wie auch in dem anderen den Tuberkel vorfinden. Untersuchen Sie ebenso die intraarticulären Fungositäten eines Tumor albus, so werden Sie ebenfalls den Tuberkel finden. Immer und überall den Tuberkel, ist das Gesetz. Der Tuberkel ist die Ursache selbst der Knochenerkrankung der Scrophulose. Die tuberculose Eigenschaft dieser Knochenerkrankung ist unleugbar und erhellt aus den 3 folgenden Bestätigungen:

1. Manchmal entdeckt man die Tuberkel mit freiem Auge.

2. Wenn sie andererseits durch die makroskopische Untersuchung nicht gefunden werden können, so sind sie in einer viel sicheren Weise durch das Mikroskop erkenntlich.

3. Werden sie immer durch ein sicheres Kriterium gefunden welches keinem Irrthum unterworfen ist, das ist die Inoculation.

Wenn man Thieren durch irgend eine Procedur den Eiter dieser scrophulösen Knochenerkrankungen injicirt, so bringt man die Tuberculose bei ihnen hervor, wie wenn man ihnen Eiter einer tuberculosen Lunge injicirt hätte. Erfahrungen dieser Art haben zahlreiche Beobachter gemacht (Max Schuler, Volkmann, Hüter, König, Kiener, Poulet, und Lannelongue), sie sind heutzutage unabweisbar.

III. Symptomatologie.

Die Klinik liefert ebenfalls scharfe Unterscheidungen zwischen den zwei Krankheitstypen; wir wollen nur die hauptsächlichsten erwähnen:

1. Ein beinahe constantes Symptom der syphilitischen Osteopathien besteht in den osteokopischen Schmerzen, deren Charaktere Jedermann kennt. Es sind heftige, manchmal sehr heftige Schmerzen, die ihren Ursprung durch nichts als durch eine ausserordentliche Heftigkeit anzeigen; es sind Schmerzen mit manchmal sehr deutlich accentuirten, nächtlichen Exacerbationen, Schmerzen, welche den wirklichen Krankheitserscheinungen vorhergehen, sich während ihres Bestehens forterhalten, und häufigen Recidiven unterworfen sind.

Bei der Scrophulose gibt es gar nichts dem Aehnliches. Es sind dort nur gewöhnliche dumpfe Schmerzen, die den vorhergehenden an Heftigkeit nicht zu vergleichen sind, die durch den Einfluss der Nacht nicht vergrössert werden, die nicht andauern. Ja manchmal fehlen die schmerzhaften Erscheinungen vollkommen.

2. Bei der Syphilis besteht im Zeitraume von einigen Monaten ein rasches Wachsthum des Knochentumors und zwar eines Tumors in der vollen Bedeutung des Wortes, d. h. eine Erkrankung, welche den Knochen hypertrophirt und difformirt. Andererseits besteht in der Nachbarschaft dieser Hyperostosen der Zustand einer vollkommenen Integrität der peripheren Gewebe (Haut, Unterhautzellgewebe).

Bei der Scrophulose dagegen gibt es keine ähnliche Hypertrophie des erkrankten Knochens. Der Knochen schwillt zwar auch an, aber in viel geringeren Proportionen (ausgenommen eine specielle Form der Spina ventosa), und er schwillt aber auch, von einem anderen Gesichtspunkte betrachtet, sehr langsam an. Ueberdies sind die Anschwellungen, welche sich im Niveau der Knochenerkrankungen der Scrophulose bilden, weniger durch das Uebermass des Volumens, das der erkrankte Knochen einnimmt, entstanden, als durch die Theilnahme der Weichtheile an dem gesammten Krankheitsbilde. Es sind an Zweidrittel ihrer Masse beiläufig durch die ödematösen, infiltrirten, angeschwollenen, peripheren Gewebe gebildet, die in fungöse Producte umgewandelt sind.

Untorsuchen Sie eine Knochenerkrankung der Syphilis, so werden Sie dieselbe unter dem Finger sozusagen fühlen und Sie werden den Eindruck haben, dass der Tumor, der ganze Tumor durch einen hypertrophirten Knochen gebildet ist.

Untersuchen Sie eine scrophulöse Erkrankung, so werden Ihre Finger den Knochen durch eine beträchtlich dicke Schichte von Weichtheilen separirt finden und Sie haben den Eindruck, dass der Knochen nur eine kleine Partie von dem Totalvolumen des Tumors bildet.

3. In einer allgemeinen Weise kann man sagen: die Knochenerkrankungen der Syphilis sind kaum entzündlich und sehr selten suppurativ, während die der Scrophulose immer entzündlich und pyogen sind.

Die Exostosen und Hyperostosen, welche die gewöhnlichste Form der Knochenerkrankung der Syphilis bilden, folgen auf Osteo-Periostitiden, bei denen der entzündliche Process immer schwach und gemildert, selbst latent ist, und der niemals bis zur Eiterbildung gelangt. Nur in einigen ziemlich seltenen Fällen weicht die Syphilis von ihrem gewöhnlichen Typus ab, indem sie acute, eiternde und necrosirende Osteo-Periostitiden bildet.

Bei der Scrophulose ist der entzündliche Process, ohne jedoch einen beträchtlichen Grad von Acuität zu erreichen, bedeutend mehr ausgesprochen, länger dauernd und endigt sicher in Eiterung. Betrachten Sie eine scrophulöse Ostitis, sie zeigt sich immer durch eine gewisse Summe entzündlicher Erscheinungen: dunkle, violette Röthe der Gewebe, eine gewisse Höhe der localen Temperatur, Schwellung und ödematöse Turgescenz der Weichtheile, dann Bildung eines Eiterherdes, zuletzt Knocheneiterung sind ihre Physiognomie, die sicher ganz verschieden von denjenigen, welche gewöhnlich die Osteome der Syphilis zeigen, ist.

4. Die Scrophulose hat zum Abschluss die Caries, die Syphilis als ihren Abschluss die Nekrose. Die scrophulosen Knochenerkrankungen gehen durch chronische Rarification ihres Gewebes zu Grunde, so dass man, wenn die Sonde in ihr Parenchym eindringt, das Gefühl eines harten Körpers hat, der in Sand oder in vermodertes Holz eindringt (Bazin). Sie unterhalten nicht endenwollende, serös-blutige, mit tuberculosen Abscheidungen und Knochendetritus erfüllte Eiterungen.

Die Osteo-Periostitiden der Syphilis endigen nicht durch Caries, aber durch theilweise Mortification der Hyperostosen, welche sie gebildet haben, derart, dass die Sonde an ihren Sequester anstösst, wie gegen einen widerstandsfähigen Körper ohne in ihn einzudringen, derart, dass sich dieser Sequester oft im Ganzen, in einem Stück eliminirt und das, in einer mehr oder weniger langen Zeit, die nach den verschiedenen localen Bedingungen veränderlich, aber die gewöhnlich viel kürzer ist, als die nicht endenwollenden theilweisen Eliminationen einer Caries. [1])

5. Die Knochenerkrankungen der Syphilis äussern sich auf den Allgemeinzustand nur durch die Schmerzen und durch die symptomatischen Störungen, welche diese Schmerzen hervorrufen können (Schlaflosigkeit, Unruhe, Störung des Appetits). Die syphylitischen Knochenerkrankungen sind locale Erkrankungen, welche in nichts die Gesundheit alteriren und stören. Es ist z. B. selten, dass sie eine Gefahr durch die übermässige oder lang dauernde Eiterung hervorbringen. Man geht weder an einer Exostose noch an mehreren Exostosen zu Grunde, ausgenommen sie bringen wegen der Nachbarschaft eines lebenswichtigen Organes eine Gefahr.

Ganz im Gegentheil aber sind die scrophulösen Knochenerkrankungen sehr oft schwer an und für sich. Sie sind schwer aus verschiedenen Gründen, nämlich: wegen ihrer Tendenz zur Eiterung, der fungösen Verwandlung, in die sie die umgebenden weichen Gewebe

[1]) Dieser Paragraph ist beinahe wörtlich von Bazin entlehnt. In seinen Leçons sur la scrophule beharrt zu wiederholten Malen dieser berühmte Beobachter bei dieser Behauptung: die Caries ist ein Ende der Scrophulose, während die Nekrose eine Erkrankung syphilitischer Art ist, z. B. in einer Menge von Fällen, sagt er, ist die Nekrose syphilitischer Art und sehr häufig eine Erscheinung der hereditären Syphilis; das erklärt auch, warum sie gewöhnlich besser bei einer Behandlung mit Jodkali als bei der Behandlung mit Leberthran wird. (Citirte Arbeit pag. 300.)

Pag. 397: Die wirkliche Nekrose ist für uns keine scrophulöse Affection, aber wohl eine traumatische oder eine Erkrankung syphilitischer Natur. Ich weiss, dass man die spontane Nekrose sehr häufig bei jungen Leuten beobachtet und viele sind in unseren Sälen aufgenommen, die an Knochenscrophulose leiden, aber in der grossen Mehrheit der Fälle findet man bei ihnen keine scrophulosen Antecedentien und bei einer grossen Anzahl konnte ich mich durch exacte Untersuchung überzeugen, dass ihre Eltern an Syphilis litten. Die Nekrose ist in diesen Fällen nur eine hereditäre Syphilis, und ohne Zweifel sind es Thatsachen dieser Art, die den Glauben hervorrufen, dass die Syphilis sich durch die Heredität in Scrophulose verwandeln könne.

überführen, ihre gewöhnlich chronische Dauer und durch das lange Bettliegen, zu welchem sie die Kranken verurtheilen, durch ihre Senkungsabscesse, lange Eiterung u. s. w. Ebenso bringen sie in vielen Fällen eine progressive Verschlechterung des Allgemeinzustandes hervor, Erschöpfung der Kräfte, ernstliche nutritive Störungen, Abmagerung, hektisches Fieber, Kachexie und Tod.

Viele Leute sterben in Folge der Knochenerkrankungen oder des Tumor albus, der von der Scrophulose veranlasst wird. Wenn Sie sich über diesen Gegenstand unterrichten wollen, so brauchen Sie nur einige Bände des Bulletin de la société anatomique zu durchblättern. Die Kachexie durch Erschöpfung, durch lange Eiterung findet man jeden Augenblick in der Geschichte der Knochenscrophulose.

Die Kachexie in Folge der Knochenerkrankungen syphilitischen Ursprungs ist ungleich seltener.

IV. Therapeutischer Einfluss.

Hier sind formell beträchtliche, bedeutende Unterschiede zwischen diesen zwei Gruppen, die wir jetzt miteinander vergleichen. Wenn irgend etwas eine unantastbare, offenbare und deutliche, durch die Erfahrung täglich bekräftigte Thatsache ist, so ist es die energische, repressive und curative Action, welche die specifische Behandlung, vorzüglich aber das Jodkalium, auf die Knochenerkrankungen der Syphilis ausübt. Man könnte tausende von Beobachtungen citiren, wo Kranke, die an Knochenaffectionen litten, und die lange Zeit ohne Erfolg mit verschiedenen Heilmitteln behandelt worden sind, dann plötzlich gebessert, rasch geheilt, ja wie durch Zauberei geheilt wurden von dem Augenblicke an, als man die syphilitische Natur dieser Erkrankung gemuthmasst hatte und gegen sie die specifische Behandlung, vorzüglich aber das Jodkali, verordnete.

Man kann sagen, dass das Jodkalium auf die Knochenerscheinungen der Syphilis einen doppelt merkwürdigen und bedeutsamen Einfluss durch die Intensität und die Schnelligkeit seines Heilerfolges hat. Es erleichtert manchmal vom Abend bis zum Morgen. Es verkleinert die Knochentumoren an Volumen, macht sie verschwinden, so dass ihr Verschwinden eine beinahe unglaubliche klinische Thatsache ist.

Was wirkt nun dieses selbe Heilmittel, wenn es gegen die Knochenaffectionen verschrieben wird, welche von der Scrophulose herstammen?

Nichts oder gewiss nur wenig. Man meinte, dass es doch nicht absolut unwirksam sei gegen Scrophulose; man sagte, dass man einen gewissen Erfolg von ihm bei der Behandlung der scrophulosen Ostitiden erwarten könne.

Wir können nur sagen, dass zwischen dem, was das Jodkali in der Syphilis wirkt und demjenigen, was es in der Scrophulose in Bezug auf Knochenaffectionen leistet, ein colossaler Abstand ist, ebenso wie auch bei den anderen Erscheinungen dieser beiden Erkrankungen. Bei der Syphilis haben wir bewunderungswürdige, sofortige, staunenerregende Effecte, bei der Scrophulose geringfügige, langsame, beinahe zweifelhafte, manchesmal auch gar keine Heilresultate.

V. Terrain.

Zuletzt wollen wir nicht mehr die Laesion selbst, sondern das Terrain der Laesion, wenn ich so sagen kann, d. h. die Individuen, die Kranken, auf denen sie sich entwickelt, betrachten.

Die scrophulösen Ostitiden entwickeln sich nur an solchen Individuen, die mit einem Leiden sui generis, mit einem scrophulösen Leiden behaftet sind. Sie entwickeln sich auf Individuen, die eine Constitution, ein Temperament, eine Physiognomie, einen allgemeinen Habitus darbieten, den Sie kennen und den ich nicht zu beschreiben brauche; bei Individuen, die Kinder oder Geschwister von scrophulösen Personen sind; auf Individuen, die immer mehr oder weniger verdächtige Antecedentien haben, wenn sie nicht schon selbst eine ganze Reihe von scrophulösen Erscheinungen an sich haben.

Die Knochenerkrankungen der Syphilis im Gegentheil haben kein specielles Terrain. Sie entwickeln sich auf jedem Terrain, welches es auch immer sei, nur muss dieses Terrain den Keim der Syphilis in sich tragen.

Dies, meine Herren, sind die Hauptcharaktere der Knochenerkrankungen der Syphilis und der Scrophulose nur in grossen Zügen gezeichnet. Wir wollen nun zu unserem Ausgangspunkte zurückkehren.

Es handelte sich nämlich, wie Sie sich erinnern werden, darum, eine Unterscheidung zu treffen und zu bestimmen, ob die Knochenerkrankungen, welche sich an hereditärsyphilitischen Individuen zeigen, Erscheinungen der Syphilis oder Erscheinungen der Scrophulose sind. Wir halten sie für syphilitische, andere wieder halten sie für scrophulöse. Auf welcher Seite ist die richtige Interpretation? Wir haben aber thatsächlich die Beweisstücke des Processes in der Hand und wir haben gerade die Elemente der Lösung des Problems specificirt; denn im Namen der gewöhnlichsten und strictesten Logik müssen diese Erkrankungen als syphilitisch oder scrophulös betrachtet werden, je nachdem ihr Typus ein solcher ist, je nachdem die Charaktere den Knochenerkrankungen der Syphilis oder den Knochenerkrankungen der Scrophulose eigenthümlich sind.

Es bleibt noch eine einzige Frage zu lösen, um die Debatte zu schliessen. Diese Frage wollen wir nun nach den verschiedenen Gesichtspunkten, welche sie hat, betrachten.

1. Befallen die Knochenerkrankungen, welche sich auf hereditärsyphilitischen Individuen entwickeln, mit Vorliebe die Lieblingsorte der Scrophulose, d. h. die kurzen Knochen und die Epiphysen der Röhrenknochen? — Keineswegs; ganz im Gegentheil; sie kommen geradeso wie die Knochenerkrankungen der aquirirten Syphilis mit Vorliebe an den Röhrenknochen, an der Diaphyse der Röhrenknochen und vorzüglich an der Tibia vor.

2. Bilden sie sich vom anatomischen Gesichtspunkte aus gerade wie die Knochenaffectionen der Scrophulose durch eine tuberculose Infiltration des Knochenparenchyms? Keinesfalls. Niemals findet man bei ihnen den Tuberkel. Sie bilden sich einfach, um nur von ihrer gewöhnlichen Form zu sprechen, in Osteo-Periostitiden um, welche in massiven und difformirenden Hyperostosen endigen und das ist ebenfalls ein Charakter,

welcher sie den Knochenerkrankungen, die der Syphilis eigen sind, nähert.

3. Haben sie vom klinischen Gesichtspunkte wie die Affectionen der Scrophulose die Eigenschaft, dass sie ebenso wenig schmerzhaft, beinahe indolent sind, dass sie entzündlich und eiterbildend sind, dass sie mit fungösen Degenerationen der nächstliegenden Weichtheile einhergehen? Endigen sie wie die Scrophulose in Caries? Bringen sie wie die Scrophulose locale Processe hervor, die im Stande sind auf den gesammten Ernährungszustand zurückzuwirken und das Leben zu bedrohen?

Gewiss nicht. Ganz entgegengesetzte Charaktere tragen sie an sich, und diese Charaktere nähern sie den Knochenerkrankungen der Syphilis, nämlich: wie diese machen sie sich bemerkbar durch intensive, manchmal sehr heftige, sehr verlängerte Schmerzen, die unter dem Einfluss der Nacht eine besondere Exacerbation erleiden.

Wie diese bringen sie ausschliesslich oder beinahe ausschliesslich Tumoren hervor, die durch eine massive Hypertrophie des Knochens gebildet sind, ohne dass die Weichtheile participiren, noch degeneriren.

Wie diese sind sie sehr selten entzündlich, noch seltener aber gehen sie in Eiterung über.

Wie diese endigen sie in Nekrose in den Fällen, wenn sie in Eiterung übergehen. Und endlich sind sie auch wie diese nicht von schweren localen Complicationen begleitet, die auf den Allgemeinzustand zurückwirken und das Leben durch Erschöpfung, durch eine progressive Kachexie bedrohen können.

4. Sind sie im Vergleich zu den Knochenaffectionen der Scrophulose der specifischen Behandlung und vorzüglich gegen den Einfluss des Jodkali wenig empfindlich? — Ganz im Gegentheil. Die specifische Behandlung, insbesondere das Jod hat auf sie eine mächtige, energische, erstaunliche Wirkung, eine Wirkung, die dasselbe beständig zeigt, sobald es gegen syphilitische Knochenerkrankungen angewendet wird. Es mildert nicht nur mit einer ausgezeichneten Schnelligkeit die schmerzhaften Symptome, sondern macht auch die Knochenhyperostosen verschwinden und heilt sie oft.

5. Entwickeln sich endlich die syphilitischen Knochenerkrankungen gleich denen der Scrophulose auf einem schon präparirten Terrain, d. h. auf Personen, die hereditär oder persönlich scrophulös sind? — Gewiss nicht. Sie entstehen auf jedem Terrain unter der einen Bedingung, dass dieses Terrain einen syphilitischen Keim in sich trägt. Besonders wichtig ist es, dass die Kranken, an denen man die fraglichen Knochenerkrankungen beobachtet, alle den gewöhnlichen Charakter des hereditärsyphilitischen Zustandes an sich tragen. Alle sind hereditärsyphilitisch, wie ihre Antecedentien, die Untersuchung ihrer Person, die Untersuchung ihrer Eltern und der anderen Kinder der Familie es beweisen.

Mit einem Worte die Knochenerkrankungen, welche sich so häufig bei hereditärsyphilitischen Personen beobachten lassen, unterscheiden sich in allen Gesichtspunkten von den Knochenerkrankungen der Scrophulose und nähern sich in allen Stücken den Knochenerkrankungen der Syphilis. Sie entfernen sich von der einen und nähern sich der anderen von 5 Gesichtspunkten aus, dem des Sitzes, der anatomischen Art, den Symptomen, den therapeutischen Einflüssen, den sie gehorchen und dem Terrain, auf welchem sie sich entwickeln.

Welchen Schluss kann man daraus ziehen? — Im Namen der Logik und eines gesunden Sinnes kann man nur einen möglichen Schluss aus der Parallele, die wir aufgestellt haben, ziehen, das ist, dass diese Erkrankungen Erscheinungen syphilitischer Natur sind und zwar Erscheinungen der hereditären Syphilis und je nach dem mehr oder weniger vorgeschrittenen Alter, in dem sie sich zeigen, Erscheinungen der tardiven hereditären Syphilis.

Das ist der Beweis, den ich herstellen wollte und der mir aus der klinischen Beobachtung klar zu sein scheint.

XIII.

Missbildungen und Difformationen des Beckens.

Ich will den vorangegangenen Gegenstand nicht verlassen, ohne Ihnen noch eine mögliche Consequenz der Knochenerkrankungen, die wir studiren, zu beschreiben. Diese Folgenerscheinung, die von meinem verehrten Collegen und Freund Pinard entdeckt und sehr gut studirt wurde, besteht in einer Missbildung des Beckens, der man sehr häufig bei hereditärsyphilitischen Frauen begegnet und welche ganz natürlich die Ursache verschiedener Erscheinungen der Dystocie bildet.

Pinard hat eine zahlreiche Sammlung von Fällen angelegt, die er nächstens publiciren will, bei denen er die verschiedenen Missbildungen des Beckens einem hereditärsyphilitischen Einfluss zuschreiben zu müssen glaubt. Lassen wir ihm das Wort:

„Seit der Epoche,“ sagt er, „in der die Arbeiten von Parrot, Lannelongue und Fournier uns den Einfluss der hereditären Syphilis auf die Entwicklung und die spätere Veränderung des Skelettes gezeigt haben, habe ich mich bestrebt, nachzuforschen, ob gewisse Beckendifformationen, die bis jetzt ausschliesslich der Rhachitis zugeschrieben wurden, nicht von demselben Einfluss abstammen könnten.“

„Ich habe einen meiner früheren Schüler, Emil Tourquet, angeeifert, seinerseits nachzuforschen, ob bei deutlich an hereditärer Syphilis leidenden Kindern das Becken eine anormale Gestalt zeige. Aus diesen doppelten Studien ergab sich, dass man constatiren konnte, dass bei Frauen, welche die unzweifelhaften Zeichen der hereditären Syphilis tragen, das Becken sehr häufig missgebildet ist. Im übrigen bieten diese Anomalien des Beckens, die ich unter diesen Bedingungen constatirt habe, nichts speciell Charakteristisches dar.“

„Bald hat man das platte und symmetrische Becken beobachtet, wie bei den Missbildungen, die von der Pseudo-Osteomalacie herkommen. Bald hat man Becken mit normalem antero-posteriorem Durchmesser, aber mit verkürztem und schiefem Querdurchmesser, der durch unilaterale und bilaterale Exostosen verkürzt war etc. etc. gefunden.“[1])

Tourquet andererseits hat aus seinen interessanten Untersuchungen über das kindliche Becken folgenden Schluss abgeleitet:[2])

„Der hereditärsyphilitische Einfluss zeigt sich auf das Becken in zwei Formen. Einerseits bringt er sehr häufig eine mehr oder weniger

1) Schriftliche Mittheilung.

2) Du bassin infantile considéré au point de vue de la forme du détroit supérieur et du rapport de ses diamètres. (Thèses de Paris 1884.)

beträchtliche Verkürzung der transversalen Dimension des Beckens hervor. Andererseits bringt er einen Stillstand in der Entwicklung oder eine geringere Entwicklung des Beckens hervor."

Diese zwei Reihen von Resultaten, die durch Pinard und Tourquet gefunden worden sind, ergänzen sich gegenseitig und lassen keinen Zweifel aufkommen, dass die Malformationen und Difformationen des Beckens, durch hereditärsyphilitischen Einfluss entstehen können.

XIV.

Gelenksaffectionen.

Als einen anderen Annex des wichtigen Capitels der Knochenerkrankungen, das uns so lange Zeit beschäftigt hat, werde ich Ihnen einige Worte sagen über die Gelenkserkrankungen, die wir in der hereditären tardiven Syphilis beobachten.

Ich habe mit Absicht das Wort Annex gewählt, denn wie in der aquirirten Syphilis, so sind auch hier die Gelenkserkrankungen nur Nebenphänomene der Knochenerkrankungen der Epiphysen oder der anderen Erkrankungen, die in der Nachbarschaft der Gelenke vorkommen.

Ich werde mich beschränken, Ihnen die Hauptkrankheitsformen, die wir bei unseren Kranken constatirt haben, aufzuzählen:

I. Es ist dies eine Hauptform, die durch eine einfache functionelle Störung sich zeigt, die für den Arzt nicht tastbar ist und die allein der Kranke beobachtet, nämlich es besteht eine schmerzhafte Empfindung eines oder mehrerer Gelenke.

Was ist nun diese schmerzhafte Empfindlichkeit im Gelenke? Welche Gewebe befällt sie vorzüglich? — Das können wir nicht sagen; wir können diese Krankheitsform nur mit einem einzigen Namen, den uns die Unkenntniss seiner intimen Natur zu geben erlaubt, belegen, nämlich mit dem Namen der Arthralgie.

Das, was man beobachtet, ist folgendes: Ein Kind beklagt sich über Schmerzen, welche sich in einem Gelenke, nehmen wir an, im Knie, localisiren. Diese Schmerzen packen es anfallsweise, entstehen ohne Ursache, dauern eine gewisse Zeit, während welcher Zeit Gebrauch der Extremität und Gang kaum möglich, oft sogar unmöglich ist, dann verschwinden sie ohne erklärbare Ursache, um in ganz unregelmässigen Intervallen wieder zu erscheinen. Sie sind in ihrer Intensität veränderlich, manchmal dumpf und erträglich, manchmal lebhaft und sehr stark. Manchmal treten sie in der Nacht ein und haben dann eine markirte Exacerbation. Bei Untersuchung des Gelenkes findet man übrigens nichts Anormales, keine Schwellung, keine Missbildung, keine Röthung der Gewebe, keine Schwellung der Synovia, die Bewegung ist nicht gehindert und sehr häufig besteht auch keine Schmerzempfindung beim Druck. Ebenso existirt kein Fieber und keine Allgemeinstörung. In dem Augenblicke, wo das Kind Schmerzen empfindet, kann es einzelne Erscheinungen einer nervösen Reaction zeigen, aber sobald der Schmerz verschwunden ist, befindet es sich augenblicklich wieder wohl. Sehr häufig sind die Schmerzen nicht so arg, um die Bettruhe nothwendig zu machen.

Natürlich zeigen diese Athralgien nichts Specielles in Bezug auf Krankheitserscheinungen. Nur ihre nächtlichen Exacerbationen können sie verdächtig machen. Daher macht auch die Diagnose sehr häufig Fehl-

griffe. Zwei Irrthümer sind hier häufig, ja beinahe gewöhnlich und müssen erwähnt werden. In den meisten Fällen werden diese Arthralgien der hereditären Syphilis für rheumatische Schmerzen oder für Schmerzen des Wachsthums gehalten. Es ist unnöthig zu erwähnen, dass sie den verschiedenen Medicationen, die auf eine falsche Auslegung ihrer Natur hin angewendet wurden, widerstehen. Ganz im Gegentheil aber finden sie ein Specificum, ein wirkliches Specificum im strictesten Sinne des Wortes, im Jodkalium. Es ist bewundernswerth, die Wirkung zu sehen, die dieses mächtige Heilmittel auf sie ausübt. Sofort werden die Schmerzen durch dasselbe erleichtert, gemildert und dann in kurzer Zeit geheilt. Hier nur ein Beispiel von den vielen, die ich citiren könnte:

Ein Kind von 8 Jahren wurde ohne Fieber, ohne beunruhigenden Allgemeinzustand von heftigen Gelenksschmerzen mit sehr deutlichen nächtlichen Exacerbationen befallen. Da mein College Archambault die hereditärspecifischen Antecedentien des Kindes kannte, verschrieb er Jodkalium. Sofort beruhigen sich die Schmerzen wie auf einen Zauberschlag. Handelt es sich hier um syphilitische Gelenksschmerzen? — Wie könnte man bei einem so raschen und deutlichen Erfolge des Jodkali daran zweifeln? Wie könnte man zweifeln, nachdem dasselbe Kind vier Jahre später von Exostosen an der Tibia und den Metatarsusknochen befallen wurde, bei denen ebenfalls das Jodkalium einen raschen Erfolg ausübte.

II. Eine zweite Form sind die Gelenksleiden, die mit materiellen Störungen, die sie an den Gelenken hervorbringen, vergesellschaftet sind. Sie unterscheiden sich vom klinischen Standpunkte sehr wenig von denjenigen der aquirirten Syphilis, was mir gestattet, über diesen Punkt kurz zu sein. Man unterscheidet drei Varietäten:

1. Die erste erscheint unter der Gestalt einer gewöhnlichen Hydarthrose von chronischer Form. Sie zeigt die Symptome, die allgemeine Gestalt und die Entwicklung einer Hydarthrose, aber wenn man die Sachen genau besieht, so kann man constatiren, dass diese Hydarthrose nur Knochenanschwellungen maskirt, von denen sie in Wirklichkeit nur ein Nebenphänomen, eine Consequenz ist.[1])

[1]) Ich muss jedoch sagen, dass man die Möglichkeit essentieller Hydarthrosen als Manifestation der hereditären Syphilis angenommen hat. Während der letzten Tage, als ich die Druckbogen dieses Bandes corrigirte, hat Clutton eine interessante Abhandlung über eine gewisse Form der symmetrischen Synovitis der Kniegelenke publicirt, welche nach seiner Ansicht bei hereditärsyphilitischen Personen vorkommt. Um mit dem Autor zu sprechen, soll sich diese Synovitis ausschliesslich durch eine Art essentielle Hydarthrose, die unabhängig von jeder Knochenaffection ist, äussern.

Sie soll zwei Hauptcharaktere haben:

1. dass sie symmetrisch beide Kniee befällt und

2. dass sie im Anfang tückisch uud fieberlos in ihrer Entwicklung ist, dass sie indolent ist und sich in einer chronischen Form entwickelt und dass sie einer antisyphilitischen Behandlung viel zugänglicher ist als den gewöhnlichen Behandlungsweisen der Hydarthrose (Ruhe und Druck).

Der Autor hat diese symmetrische Synovitis der Kniee bei 11 Kindern beobachtet, die im Alter von 8 bis 15 Jahren waren und alle unzweifelhafte Symptome einer hereditärsyphilitischen Infection zeigten. (Symmetrical synovitis of the Knee in hereditary syphilis, The Lancet, 27. Februar 1886, pag. 391.)

Ich gebe zu, dass ich meinerseits identische Fälle, wie sie von Clutton beobachtet worden sind, nicht gesehen habe. Aber ich halte dafür, dass diese citirten Fälle sehr gut beobachtet zu sein scheinen, und dass man ihnen keine andere Interpretation, als diejenige, die er ihnen gegeben hat, geben könnte. Die symmetrische Synovitis der Kniee unabhängig von aller Knochenaffection ist also eine Erscheinung, die wir nun zum Grunde unserer Nachforschungen bei den hereditärsyphilitischen Personen machen müssen.

Wir haben auf unserer Abtheilung thatsächlich ein schönes Beispiel dieser Art, das ich besprechen will.

Sehen Sie den jungen Burschen, der im Saale St. Louis, im Bette Nr. 22, liegt. Sie kennen ihn bereits, denn zahlreiche Erscheinungen, die er darbietet, haben uns kürzlich beschäftigt. Er war, neben anderen Erscheinungen der specifischen Heredität, während der letzten Monate von zwei Hydarthrosen betroffen, welche die Kniee befallen hatten. Beim ersten Blick konnte man glauben, dass es sich nur um zwei gewöhnliche Hydarthrosen handle. Aber palpiren Sie die Kniee mit Aufmerksamkeit und Sie werden bald zwei beträchtliche Hyperostosen der zwei Femurknochen finden, die noch an einzelnen Punkten druckempfindlich sind. Der an diesen Punkten hervorgebrachte Schmerz steht im Gegensatz zur absoluten Indolenz des übrigen Gliedes. Es ist also nicht zweifelhaft, dass derartige Hydarthrosen nur secundär sind, symptomatische Zeichen der Knochenerkrankungen, sowie gewisse Ergüsse in die Scheidenhaut des Hodens nur Nebenerscheinungen von testiculären Erkrankungen sind. Die Knochenerkrankungen, welche in Hydarthrosen dieser Art endigen, sind nicht immer sehr leicht bei unseren Kranken erkennbar. Es genügt manchmal sogar eine ganz circumscripte Erkrankung einer Epiphyse oder sehr begrenzte epiphysäre Periostitiden, die sich in der Nachbarschaft der Gelenkssynovialhaut bilden, um eine mehr oder weniger beträchtliche Fluxion in dem Gelenk hervorzubringen, so dass die ursprüngliche und Hauptaffection sehr oft durch die secundäre und accessorische Erkrankung maskirt ist. Man sieht die grosse Erkrankung, die Hydarthrose und man findet oft trotz eines genauen Examens die wirkliche Erkrankung, die Knochenerkrankung nämlich, welche in der That viel weniger ersichtlich ist, nicht.

2. Eine zweite Varietät besteht in jener merkwürdigen Arthropathie, welche ich und mehrere meiner Schüler früher schon unter dem Namen des Pseudo-tumor albus syphiliticus beschrieben haben.

Hier haben wir das allgemeine Aussehen des Tumor albus als Anschwellung und runde Difformation des Gelenkes, aber es ist ein Tumor, der beinahe ausschliesslich aus massiven Hyperostosen der Epiphysen besteht und nur ganz nebensächlich einen gewissen Grad von synovialer Ausschwitzung oder Verdichtung der periarticulären fibrösen Gewebe zeigt. Ausserdem besteht entgegen dem, was man bei einem Tumor albus gewöhnlich beobachtet, eine Unversehrtheit der allgemeinen Bedeckung, welche weder roth noch heiss, noch geschwollen, noch ödematös ist. Es ist keine Tendenz zur Entzündung und noch weniger zur Eiterung vorhanden.

Bei der Untersuchung hat man nicht das Gefühl von weichen Fungositäten, die dem Fingerdruck nachgeben und manchmal eine Pseudofluctuation zeigen. Man hat nur das Gefühl einer Knochenhärte, die sich beinahe unmittelbar unter der Haut findet. Es bestehen keine nennenswerthen Schmerzen beim Druck, sondern eine Indolenz des Tumors oder nur spontane Schmerzen derart, wie sie die specifischen Knochenerkrankungen hervorbringen.

Es existirt daher weder eine functionelle Unthätigkeit, noch eine Immobilisirung des Gelenkes, es kommt nicht zur Fixation oder zur Muskelretraction etc., wie beim wirklichen Tumor albus. Dagegen sind die Bewegungen erhalten, wohl etwas beschränkt, und werden nicht mit

Krachen der Gelenke ausgeführt und sind nicht oder wenig schmerzhaft. So also, dass das Gelenk im Ganzen einen grossen Theil seiner Function bewahrt, so dass die Kranken z. B. mit einer Erkrankung dieser das Knie betreffenden Art noch gehen, ja manchmal laufen können.

Endlich sind keine allgemeinen Symptome (Coincidenzen natürlich ausgenommen) oder besser gesagt, keine Allgemeinreaction, die von der Erkrankung herkommt, vorhanden, vorzüglich aber keine Erscheinung der chronischen Eiterung, des abendlichen Fiebers, der Abmagerung und der kachektischen Erschöpfung.

Sie sehen also, meine Herren, an dieser sehr summarischen Skizze, dass die klinischen Charaktere dieser Erkrankungen, die wir den Tumor albus syphiliticus nennen, nichts anderes sind, als eine massive Epiphysenhyperostose, die sich auf das Gelenk in der Art der meisten Epiphysenerkrankungen äussert und sich mit einem gewissen Grade von Synovitis oder Periarthritis complicirt. Wenn wir dieser Erkrankung den Namen Pseudotumor albus geben, so geschieht es darum, weil uns dieser Name den doppelten praktischen Vortheil zu gewähren scheint, die Aufmerksamkeit auf den oft begangenen Irrthum bei Erscheinungen dieser Art hinzulenken und ebenso die Wiederlegung in sich zu enthalten.

Und in der That das ganze Interesse dieser Erkrankung besteht sicher in den Irrthümern, denen sie unterworfen ist, sehr häufigen Irrthümern, ich versichere Sie, die darum bedauernswerth sind, weil sie die Therapie auf Abwege führen und die Kranken der einzigen Behandlungsweise, die ihnen nützlich sein könnte, berauben. Ich muss es mit Bedauern sagen, dass der Pseudo-tumor albus syphyliticus sehr oft für das gehalten wird, was er nicht ist, nämlich für einen wirklichen Tumor albus scrophulo-tuberculöser Abstammung.

Bei der Consultation im Hospital St. Louis sehen wir eine Anzahl von Kindern und Adolescenten, welche zu uns, als an Scrophulose, als an Tumor albus Leidende, geschickt wurden und welche in Wirklichkeit aber hereditärsyphilitisch sind, die mit epiphisären Hyperostosen und deren Rückwirkung auf das Gelenk behaftet sind. Ich erfahre von meinem Freund Lannelongue, dass dieselbe Thatsache bei den Consultationen im Spital Trousseau gerade so häufig ist.

Wollen Sie auch zu dem die Geschichte eines unserer Kranken hören. Dieser junge 12-jährige Bursche, welcher jetzt auf unserer Klinik das Bett Nr. 23 des Saales St. Louis innehat, wurde uns mit der Diagnose Tumor albus des Tibio-Tarsalgelenkes zugeschickt und zwar mit dem ausdrücklichen Wunsche, ihn auf die Scrophulosen-Abtheilung zu geben. — Was haben wir nun nach der Untersuchung bei ihm gefunden? — Eine Hyperostose des äussersten unteren Endes der Tibia mit einem leichten Grade symptomatischer Synovitis, und als Ursache dieser Erkrankung eine unläugbare hereditäre Syphilis. Hier haben Sie in zwei Worten die Thatsache: Dieses Kind wurde von einem syphilitischen Vater und von einer Mutter geboren, deren Syphilis als wahrscheinlich, ohne bewiesen zu sein, angenommen wurde. In der ersten Jugend war es von verschiedenen, wahrscheinlich syphilitischen Erkrankungen befallen. Nach einigen Monaten hat er angefangen am rechten Bein zu leiden. Dieses Bein wurde in seinen unteren Partien verdickt, das Gelenk schwoll damals an, und bald wurden die Bewegungen schmerzhaft. Das Kind, erzählte uns die Mutter, ging nur mit Mühe, hinkte von

Zeit zu Zeit oder zog sein Bein nach. Manchmal konnte es den Fuss nicht auf die Erde setzen und schrie, wenn man ihm den Stiefel anzog. Man legte es zu Bette und hielt es während mehrerer Monate liegend. Man gab ihm nacheinander Leberthran, antiscorbutischen Wein, Gentianawein, Jodeisensyrup. Sie sehen also, lauter Medicamente, die in Hinsicht auf eine scrophulose Affection verordnet wurden. Aber weder die prolongirte Ruhe, noch die verschiedenen Heilmittel änderten die Situation. Im Gegentheil, das Bein schwoll fort an und wurde enorm verdickt. Da entschloss man sich, den Kranken zu mir zu führen. Das, was wir nun sehen, ähnelt weder seinem Volumen, noch der Difformation des Gliedes nach einem Tumor albus. Das, was in der That diesen Tumor bildete, war eine beträchtliche Hyperostose der Tibiaepiphyse und des Maleolus externus mit einem leichten Grade von Ausschwitzung ins Gelenk und einer Verdickung der peripheren, fibrösen Gewebe. Was aber die Bewegungen des Gelenkes betrifft, so waren sie frei und liessen sich sogar ohne Krachen ausführen. Andererseits war nicht das geringste Zeichen von Röthe der Haut, noch von Schwellung, noch von Fungositäten vorhanden. Ausserdem bestand keine Veränderung des Allgemeinzustandes. Wir haben also die Möglichkeit eines Tumor albus scrophulosus ausgeschlossen und nach diesen Thatsachen einen Pseudo-tumor albus syphiliticus hereditarius diagnosticirt. Es ist unnöthig, Ihnen zu sagen, wie die Behandlung war, deren glückliches und bedeutsames Resultat Sie heute noch beobachten können.

Diese Varietät der Erkrankung hat einen Sitz, welchen sie mit einer gewissen Vorliebe ergreift. Bei der hereditären Syphilis ist es das Knie, bei welchem man sie am meisten beobachtet. Es gibt dann noch zwei Gelenke, an denen sie nicht selten zu beobachten ist, nämlich das Tibiotarsalgelenk und das Humero-Cubitalgelenk.

3. Die dritte Varietät, über die ich jetzt sprechen will, eine Varietät, welche die difformirende Arthropathie genannt wird, hat eine anatomisch-pathologische Eigenthümlichkeit als Attribut, die eine der interessantesten ist, wie Sie sehen werden.

Das, was sie charakterisirt, hat ihr den Namen gegeben, den sie trägt (ein unbestimmter und weit entfernt ein vollkommener Name), das ist die Difformation der Epiphyse, mit welcher sie einhergeht. Diese Difformation ist umso frappanter, als sie absolut unregelmässig, fremdartig und bizarr, ja manchmal sogar ganz aussergewöhnlich ist.

Das, was sie in der That hervorbringt, ist nicht wie bei der vorhergehenden Varietät eine massive Hyperostose, welche in ihrer Irregularität dennoch eine gewisse Regelmässigkeit der Allgemeinform behält, sondern es ist eine Art osteophytischer Vegetation der Epiphyse, eine Vegetation, welche ins Ungewisse hinausknospt, und Vorsprüngen, warzenförmigen Auswüchsen, Knochenapophysen zum Ursprunge dient, deren Stellung, Umfang und Form alle möglichen Eigenthümlichkeiten eingehen können. Daher kommen natürlich Anomalien des Aussehens, Eigenthümlichkeiten und selbst Excentricitäten der Gestaltung, welche den Hauptcharakter dieser Varietät bilden.

Diese Osteophyten, welche sich derart auf den Epiphysen, sei es in ihrer Nachbarschaft, sei es im Niveau der Gelenkoberfläche selbst bilden, verursachen Hemmung der Bewegung des Gelenkes und können wirkliche Hindernisse derselben werden. Andererseits rufen sie eine

Reaction auf das Innere des Gelenkes, die Gelenkknorpel, die Ligamente hervor und verursachen secundäre Erkrankungen, deren pathologische Anatomie noch nicht bestimmt ist.

Immer können diese difformirenden Arthropathien, in einer oder der anderen Art, die Ursache bedeutender functioneller Störungen nämlich, Krachen in den Gelenken, Schwierigkeit und Begrenzung gewisser Bewegungen, fehlerhafter Stellung, manchmal sogar von Ankylose in einer normalen oder anormalen Stellung, werden. Es ist nicht unmöglich und wir haben früher einen Fall citirt, dass sie dort, wo sie sich im jugendlichen Alter zeigten, als ihre Folge und Consequenz den vollkommenen oder relativen Ausschluss gewisser Bewegungen mit sich brachten, sei es durch eine locale Muskelatrophie, sei es durch einen Fehler in der Entwicklung oder einen Stillstand des Wachsthums des afficirten Gliedes.

Als Beispiel dieser Art werde ich Ihnen einen Kranken in das Gedächtniss zurückrufen, von dem ich schon mehrmals gesprochen habe und welcher im Alter von 5 Jahren neben anderen hereditärsyphilitischen Erscheinungen, Knochenerkrankungen der zwei Ellbogen und des Schultergelenkes darbot. Diese Erscheinung, seit deren Auftreten lange Zeit verstrich, weil nun der Kranke thatsächlich 28 Jahre alt ist, haben Spuren unter der Form von grossen, articulären oder periarticulären Osteophyten zurückgelassen und zwar auch unter der Form, die jener der trockenen Arthritis analog ist. Die Gelenke, welche ihr Sitz sind, sind natürlich in einer mehr oder weniger bizarren Form difformirt mit verschiedenen Behinderungen ihrer Bewegung. Betrachten wir z. B. das Ellbogengelenk, so zeigt es uns den Typus einer sehr merkwürdigen, difformirenden Arthropathie. Der rechte Ellbogen unseres Kranken ist absolut unförmlich. Im ersten Augenblick würde man glauben, er hätte eine ältere, nicht zurückgebrachte Luxation, und in der That zeigt er nach rückwärts einen grossen Vorsprung, der dem Olecranon gleicht. Dieser Vorsprung ist aber keineswegs das luxirte Olecranon, es ist der Kopf des Radius, der mit einem konischen Osteophyten überwachsen ist, welcher nicht weniger als 2 *cm* in der Länge und $1^1/_2$ *cm* in der Dicke misst. Das ist aber nicht alles; oberhalb des Radiusköpfchens finden Sie einen Osteophyten derselben Form, ein wenig kleiner als den ersten, aber grösser und breiter an der Basis. Und ebenso einen dritten Osteophyten, der ebenso voluminös ist und der das untere Ende des Humerus im Niveau und etwas über der Trochlea einnimmt.

Diese Knochenvegetation hat die äussere Form des Gelenkes alterirt, sie hat aber auch die innere Oberfläche alterirt, das zeigt das intensive Krachen, welches man sofort hervorruft, wenn man den Vorderarm eine Bewegung der Beugung oder Streckung gegen den Oberarm ausführen lässt.

Ausserdem sind bedeutende functionelle Störungen vorhanden. So lässt sich die Streckung des Vorderarmes gegen den Oberarm nur in einer unvollständigen Weise ausführen. Die Bewegungen der Pronation und Supination sind unmöglich geworden und es besteht eine thatsächliche Ankylose des Gliedes in einer Stellung, die das Mittel zwischen Pronation und Supination hält.

Endlich als Consequenz dieser Störungen, welche seit dem jugendlichen Alter bestehen, hat der betreffende Arm einen wirklichen Aufenthalt im Wachsthum erfahren. Es hat weniger kräftige Muskel und ist um 6 *cm* kürzer als das Glied der entgegengesetzten Seite.

Das sind also in einer sehr abgekürzten Form die Arthropathien, welche nach kürzeren oder längeren Zeiträumen durch hereditärsyphilitischen Einfluss entstehen können. Ich wiederhole, und ich kann es nicht oft genug wiederholen, dass diese Arthropathien vorzüglich vom praktischen Standpunkt aus interessant sind, weil sie sehr leicht für Gelenksaffectionen anderer Natur gehalten werden können. Bis auf unsere Tage sind sie kaum erwähnt und sind beinahe immer, sei es mit Erkrankungen scrophulöser Art, sei es mit rheumatischen Erkrankungen, sei es selbst mit Schmerzen während des Wachsthums verwechselt worden. Behalten wir diese Irrthümer, meine Herren, im Gedächtniss und setzen wir in unseren Geist die Lehre fest, die daraus resultirt, nämlich:

Dass, wenn wir bei einem Kinde, einem Halberwachsenen eine Arthropathie finden, welche nicht durch eine klare und deutliche accidentelle oder constitutionelle Krankheitserscheinung erklärt werden kann, man immer an die hereditäre Syphilis als die mögliche Ursache dieser Krankheitserscheinung denken kann, und man dieselbe als einen annehmbaren ätiologischen Factor, der eine solche Erkrankung hervorbringen kann, gelten lassen muss.

XV.

Erscheinungen an der Haut.

Es ist eine bekannte Thatsache, dass die hereditäre Syphilis früher oder später Erkrankungen der Haut hervorruft.

Ich finde nicht weniger als 56 Beispiele dieser Art unter den 212 meiner Statistik.

Stellen wir vorderhand die Wirklichkeit dieser Thatsache durch einige Beobachtungen fest, die wir ohne Auswahl herausgreifen.

I. Cazenave erwähnt eines 27-jährigen Mannes, welcher einen ausgedehnten Lupus des Gesichtes zeigte.

Die Wangen, erzählt er, der Mund, das Kinn, die Nase, waren in eine lupöse Fläche verwandelt, waren roth, ganz besät mit Knoten und Krusten. Die Nase war verkleinert, gleichsam durch die Erkrankung aufgezehrt, und die Scheidewand war perforirt. Der Kranke erklärte, niemals die geringste syphilitische Erscheinung gehabt zu haben, aber er wusste, dass sein Vater mit Syphilis behaftet war. Auf diesen Aufschluss hin, entschied sich Biett, welcher bisher die verschiedenen gewöhnlichen Behandlungsweisen ohne den mindesten Erfolg angewendet hatte, zu einer specifischen Behandlung und verschrieb Protojod. hydrargiri. Nach Ablauf eines Monates war dieser enorme Lupus, der nichts anderes war, als ein sogenannter syphilitischer Lupus ererbten Ursprungs, — wie der Beobachter hinzufügt, — vollständig geheilt.

II. Im Vorjahre, sandte uns ein College, ein junges Mädchen von 12 Jahren, grässlich entstellt durch eine Erkrankung der Unterlippe. Diese Lippe, zum mindesten auf das vierfache vergrössert, repräsentirte einen transversalgelagerten Wulst, der roth, hart, uneben, warzig, theilweise bedeckt mit Krusten, theilweise besät mit tiefen Geschwüren von übelstem Anblick, war.

Ich gebe zu, dass ich beim ersten Anblick, vor jeder Fragestellung, sehr ungewiss war, indem ich nicht wusste, was ich vor mir hatte.

War es eine syphilitische Erkrankung? War es ein hypertrophischer Lupus? oder sogar, trotz der Jugend der Kranken, ein Krebs?

Ich würde nicht gewagt haben auf die objectiven Erscheinungen hin, mich genau auszusprechen; und ebenso war der Eindruck auf meine Spitals-Collegen, welchen ich diese interessante Erkrankung zeigte. Aber nach dem Zaudern des ersten Augenblickes, untersuchte ich das Kind genau, und meine Zweifel waren bald zerstreut. — Und in der That, ausser der Erkrankung der Lippe, entdeckte ich bei der kleinen Patientin verschiedene Zeichen unzweideutiger hereditärer Syphilis, vorzüglich die Spuren einer ganz frischen Keratitis interstitialis. Andrerseits erzählte uns die über das Vorhergehende befragte Mutter, ohne sich viel zureden zu lassen, dass sie selbst Syphilis gehabt hatte, und dieselbe in den ersten Zeiten ihrer Ehe von ihrem Gatten acquirirte, und endlich, dass sie sechs Schwangerschaften durchmachte, die (ich verschone Sie nicht mit dieser so charakteristischen Eigenthümlichkeit, die ich Ihnen so oft erwähnte) in folgender Weise endeten:

Die Erste: Entbindung vor der Zeit, Kind todt geboren.

Die Zweite: Geburt eines syphilitischen Kindes, gestorben an Syphilis im Alter von 2 Monaten.

Die Dritte: Geburt des Kindes, welches wir in unserem Spital haben.

Die Vierte: Geburt eines Kindes, das im Alter von einigen Monaten syphilitische Erscheinungen hatte.

Die zwei letzten Schwangerschaften endeten mit der Geburt von Kindern, welche für gesund gehalten wurden. Nach diesen Erfahrungen wussten wir genug, um über die Natur der Erkrankung unserer Patientin unterrichtet zu sein. Es konnte sich gewiss um nichts anderes handeln, als um eine gummöse Erkrankung mit phagedänischer Tendenz. Natürlich wurde sofort eine antisyphilitische Behandlung eingeleitet und eine rasche Heilung bewies die Richtigkeit der Diagnose.

III. Sehr lehrreich ist der nächstfolgende Fall:

Ein 23-jähriges Mädchen (bitte das Alter zu bemerken), war seit längerer Zeit mit einer Hauterkrankung des Vorderarmes behaftet, welche man für Lupus vulgaris hielt.

Der Hausarzt, wahrscheinlich nach vielen resultatlosen therapeutischen Versuchen, entscheidet sich nun mit dem Glüheisen durch Cauterisation dem Lupus ein Ende zu bereiten. Allein er will die Verantwortung der Operation nicht auf sich allein nehmen, und wendet sich an einen hervorragenden Collegen, Duncan Bulkley, um seine Ansicht über die Aussicht eines solchen Eingriffes, zu hören. D. Bulkley untersucht die Erkrankung und vermuthet einen diagnostischen Irrthum. Vielleicht, denkt er, ist diese Krankenerscheinung doch syphilitischen Ursprungs. Er untersucht auf diesen Verdacht hin, und entdeckt bei der Kranken eine Reihe von Erscheinungen, welche ihn in seiner Meinung bestärken, nämlich:

1. Sehr deutlichen Infantilismus. Dieses junge Mädchen hat weder den Wuchs, noch die Entwicklung ihres Alters; obwohl 23 Jahre alt, erscheint sie nicht älter als 13 oder 14 Jahre.

2. Missbildung der Stirne. Die Stirne ist viereckig, hervorragend an beiden Seiten, und in der Mittellinie abgeflacht.

3. Missbildung der Zähne verschiedener Art. Halbmond-

förmige Kerbung der mittleren, oberen Schneidezähne; Amorphismus und Mikrodentismus verschiedener anderer; (Eckzähne en chevilles), Zähne nicht aneinander schliessend und in unregelmässiger Anlage.

Er interpellirt die Mutter, welche eine frühere venerische Affection mit Hauterscheinungen zugibt. Würde er nicht überdies seine Diagnose durch dieses Zugeständniss bestätigt gesehen haben, so würde sie es durch folgende Auskunft schon eo ipso sein. Seit ihrer venerischen Affection ist diese Frau elfmal schwanger gewesen, und von zehn Schwangerschaften endeten 10 mit dem Tode der Kinder. Auf diese diagnostischen Angaben hin, verschiebt Duncan Bulkley die vorgeschlagene Cauterisation und gibt statt dessen Sublimat und Jodkali. Zwei Monate später war der vermeintliche Lupus vollkommen geheilt. Schlussfolgerung: Aller Bestimmtheit und über jeden möglichen Einwand, war dieser sogenannte Lupus nichts anderes, als ein lupusähnliches Syphilid hereditären Ursprungs.

IV. Dieselbe Reihe der Erkrankungen zeigen sich in den folgenden Fällen, die sich in der letzten Zeit vor unseren Augen entwickelten, die ich Ihnen nur summarisch vorzuführen mich beschränke.

1. Kleines 12-jähriges Mädchen, erzeugt von einem syphilitischen Vater und einer syphilitischen Mutter; Missbildung der Zähne (becherförmige Erosion; mittlere obere Schneidezähne in Schraubenzieherform. Sterblichkeit der Kinder der Familie. 6 Kinder todt unter 10 Schwangerschaften). Exostose am Kiefer. Mit 12 Jahren ein gummöses, ulcerirendes Syphilid an der Oberlippe. Specifische Behandlung. — Rasche Heilung.

2. Mädchen von 12 Jahren, Vater und Mutter syphilitisch, zeigte im jugendlichen Alter keine syphilitische Erscheinung. Allgemeines Zurückbleiben der physischen Entwicklung; Infantilismus; lächerlich kleiner Wuchs; atrophisches verkümmertes Wesen. Mit 7 Jahren Keratitis interstitialis. Mit 12 Jahren Knochenerkrankungen (vielfache Hyperostosen). Mit 13 Jahren enormes, gummöses Syphilid mit Tendenz zum ausgebreiteten Zerfall, mit dem Sitze auf der Vorderseite eines Beines. Specifische Behandlung. Heilung.

3. Neunzehnjähriger junger Mann, geboren von einer Mutter, die durch einen luetischen Säugling angesteckt wurde. Hauterkrankungen in der Jugend, welche am Kreuze und Gesässe Narben hinterliessen; Missbildung der Zähne. Mangel der Entwicklung; kleiner Wuchs etc. Mit 19 Jahren Hyperostose der Tibia und tiefsitzende gummöse Erkrankung eines Beines. Specifische Behandlung. Rasche Heilung.

Ich könnte Ihnen, meine Herren, eine grosse Zahl ähnlicher Fälle erzählen, meine aber, dass Sie durch die vorher angeführten überzeugt sind. Wir werden überdies noch vielen anderen im Verlauf der folgenden Auseinandersetzung begegnen.

Ich füge auch hinzu, dass diese Hauterkrankungen, hereditär-syphilitischen Ursprungs, viel häufiger sind, als man gewöhnlich meint.

Abgesehen von diesen veröffentlichten Fällen, existirt sicher eine viel grössere, nicht veröffentlichte Zahl von Fällen dieser Art, und habe ich dafür die Bestätigung bei Rücksprache mit meinem Collegen erhalten. — Oft habe ich in der That bei jenen vertraulichen Besprechungen, die die Aerzte untereinander haben, und die so belehrend sind, Mittheilungen von sehr merkwürdigen Beobachtungen erhalten, die alle denselben Typus haben, und die sich unter Folgendem zusammenfassen lassen: „Ein Kind oder ein junger Mann leidet seit langen Jahren an einem Hautleiden, das man für Lupus hielt; eine Anzahl der verschiedensten Behandlungsweisen, allgemeine und locale, wurden nach und nach umsonst verschrieben; endlich verordnete man in Folge der Mittheilung der Eltern über die Antecedentien eine antiluetische Behandlung. Wie auf einen Zauberschlag Aenderung. Vollständig hartnäckig vorher, heilt die Erkrankung plötzlich, und vernarbt in einigen Wochen.

Also, meine Herren, was ist über einen solchen Lupus zu denken, der in einer solchen Weise, in einer beinahe wunderbaren Art heilt, der dem Einfluss der specifischen Behandlung so rasch Folge leistet? Man muss annehmen, dass es sich hier einfach um lupusähnliche Syphilide handelte, die, solange man ihre Natur nicht kannte, refractär und unheilbar erschienen, die aber der Behandlung an dem Tage wichen, wo der diagnostische Irrthum berichtigt wurde, an dem Tage, wo man endlich die syphilitische Behandlung einleitete.

Das klinische Studium dieser Erkrankung wird uns jetzt beschäftigen.

XVI.

I. In welchem Alter zeigen sich diese Erkrankungen?

Ich finde sie in meiner Statistik stufenweise vom Alter von 4 Jahren bis zum 28., ohne bemerkbares Vorherrschen in dieser oder jener Periode.

Wir können jedoch sagen, dass sie mit Vorliebe im Alter von 10—18 Jahren erscheinen. Aber wir müssten eine viel grössere Anzahl von Beobachtungen haben, als über die wir verfügen, um dies ganz sicher behaupten zu können.

II. In welcher klinischen Form existiren diese Krankheitserscheinungen?

In Hauterkrankungen der tertiären Form. — Alle wirklich ernstlichen und erprobten Beobachtungen, stimmen über diesen Punkt überein. Ich weiss wohl, dass man von Erkrankungen der secundären Periode gesprochen hat, die sich früher oder später als Zeichen der hereditären Syphilis zeigten. Aber die wenigen Fälle, welche man in dieser Hinsicht citirt hat, bleiben vereinzelt und sind weit entfernt wirkliche klinische Garantien zu geben, um diese Ueberzeugung festzustellen. Ich werde mich hüten, ein definitives Urtheil über sie zu sprechen; aber ich habe grosse Neigung selbe gegenwärtig, sei es für Beobachtungsfehler, sei es für solche Fälle, welche durch die Divergenz der Nomenclatur, andere Bezeichnungen erhalten haben, als wie wir ihnen gegeben hätten, zu halten.

Man kann unumstösslich sagen: die Erscheinungen, die die hereditäre tardive Syphilis auf der Haut hervorbringt, sind Wunden, die tief, zur Neubildung geneigt und beträchtlich sind, sie sind von derart, wie man sie in den vorgerückten Stadien acquirirter Syphilis bemerkt. Sie sind mit einem Worte tertiäre Erscheinungen, und noch genauer gesagt: Es sind tuberculöse und gummöse Syphilide.

Diese Syphilide erscheinen unter zwei Formen: der trockenen Form und der ulcerirenden.

Es versteht sich von selbst, dass diese zwei Formen oft nur zwei aufeinander folgende Stufen derselben Erkrankung sind, und dass man dieselben folgerichtig häufig bei einander findet, sei es an verschiedenen Stellen an derselben Person, sei es in einer und derselben Region.

Ich werde mich beschränken, Ihnen nur summarisch die vorzüglichsten Merkmale dieser Erscheinungen ins Gedächtniss zu rufen.

Die Dermatosen der heriditären tardiven Syphilis, mögen sie auch was immer für einer Varietät angehören, beanspruchen für sich als erste,

constitutive, eigentliche Grundeigenschaft, dass sie eine, aus in amorphes interstitielles Gewebe eingebetteten, jungen Zellen bestehende Neubildung hervorrufen.

Es sind mit einem Worte wirkliche Hautgummen.

Dieser Tuberkel, dieses Hautgumma, bildet einen kleinen Tumor, der mehr oder weniger tief in die Haut eingeschaltet ist, und bildet an der Oberfläche der Bedeckung eine leichte convexe, manchmal sogar eine halbkugelförmige Hervorragung. Er zeigt sich häufig unter der Form eines kugeligen Knötchens, fast rund oder unregelmässig rund, natürlich von verschiedener Grösse, je nach seinem Alter und dem Grade seiner Entwicklung, ist aber in seiner vorgerückten Periode im Mittel einem grossen Stecknadelkopf, einer kleinen Erbse, ja sogar einer Johannisbeere oder dem Kerne einer Kirsche an Grösse vergleichbar.

Es ist also ein Tumor in der stricten Auffassung des Wortes, und zwar ein fester Tumor, widerstandleistend dem Finger, immer mehr oder weniger hart.

Auf der Oberfläche zeigt die gespannte Bedeckung eine düsterrothe Farbe, gewöhnlich an die Farbennuance eines trockenen Schinkens (maigre de jambon) erinnernd. An der Höhe dieses kleinen Tumors platzt häufig die verdünnte und erkrankte Epidermis, erhebt sich und löst sich unter der Form von leichten Schuppen ab.

Dieser Tuberkel unterliegt oder kann in späterer Zeit einer Entwicklung unterliegen, die allen Producten der gummösen Infiltration eigen ist, nämlich übergehen in die granulös-fettige Degeneration. Er erweicht sich, dann vereitert er und entleert auf dem Wege der interstitiellen Necrobiose das Gewebe selbst, das ihn zusammensetzte.

So ist die Anfangserscheinung dieser Syphiliden beschaffen.

Aber diese Anfangserscheinung, wie wir sie soeben beschrieben haben, ist beinahe niemals isolirt. Es ist nur ein Theil vom Ganzen, wenn ich so sagen kann, und dieses Ganze setzt sich zusammen, aus einer mehr oder weniger grossen Anzahl von kleineren Knoten derselben Art, die in einer Gruppe vereint sind, welche manchmal aber auch vereinzelt, oder wenig entfernt von einander, bald aber wieder im Gegentheil confluirend und eines dem andern genähert, manchmal aneinanderstossend, ja so aneinanderstossend sind, dass sie sich vereinigen und verschmelzen. — In diesem letzten Fall ist es übrigens nicht selten, dass die Hautpartie, auf der sich eine solche confluirende Ansammlung dieser Knötchen bildet, einer Art Flächeninfiltration unterliegt.

Es ist möglich, dass diese Knoten, einfach ohne besondere Aneinanderreihung gruppirt sind, nach der Form der Beeren einer Traube (Syphilide tuberculeuse racemiforme d'Alibert). Aber sehr häufig bilden sie gewisse Arten einer regelmässigen, systematischen Gruppirung, welche sofort die Aufmerksamkeit wachrufen, und die Specifität des Ursprunges verrathen.

Manchesmal bilden sie eine vollständige Kreisfläche (ich sage eine Kreisfläche und nicht eine Kreislinie), das heisst, sie sind dichtgedrängt und gruppirt auf einer ihrer Contour nach absolut abgerundeten Fläche, deren ganze, deren innere Partie mit Knötchen besät ist.

2. Sehr häufig aber (und dies bildet die allgemeinste Type und

die sicherste Handhabe der syphilitischen Specifität), bilden sie nur, als Gesammtbild, den Theil eines Kreises, also einen Halbring, einen Halbmond, eine Hufeisenform.

3. Selten bilden sie eine wirkliche Kreislinie, deren Mittelpunkt gesund bleibt (Syphilide tuberculeuse annulaire). Die räumliche Ausdehnung dieser Gruppen zeigt zahlreiche und wichtige Verschiedenheiten.

In den gewöhnlichsten Fällen sind sie von der Ausdehnung eines Fünffrankstückes bis zu der eines Handtellers.

Aber nicht selten sind sie ausgebreiteter und bedecken z. B. eine ganze Region des Gesichtes, z. B. die Nase, eine Wange, das Kinn, die Stirne.

Aber auch diese Grenzen überschreiten sie zuweilen; man findet solche, welche die Ausdehnung von ein bis zwei Handflächen erreichen. Eine andere Sache ist es, wenn sie die serpiginöse Form annehmen; dann können sie die ganze Ausdehnung einer Extremität einnehmen, das ganze Gesicht durchfurchen, rund um den Stamm kriechen.

Einige Beispiele:

I. Bei einem jungen hereditärsyphilitischen Mann, den wir im vorigen Jahre auf unserer Abtheilung hatten, war das ganze Gesicht, wie mit einer Maske von enormen, lupusartigen Krusten bedeckt. Ein ähnlicher Fall ist von Cazenave citirt.

II. Einer unserer gegenwärtigen Kranken zeigt die Reste von enormen, phagedänischen Syphiliden, welche bis zur Höhe der beiden Arme hinaufgekrochen sind, in einer wechselnden Breite von 10—12 *cm.*

III. Bei einem kleinen Patienten von 9 Jahren (citirt v. Cazenave) hatte sich ein ringförmiges, tuberculöses Syphilid über zahlreiche Stellen des Körpers verbreitet. Nachdem es am Bauche erschienen war, nahm es zwei Drittel der unteren Rückenpartie über der Lumbal- und Sacalgegend, dann eine kleinere Partie der Hinterbacken, die Vorderseite der Schenkel und endlich die Seitentheile des Thorax ein.

IV. Eine unserer jetzigen Kranken, 18 Jahre alt, zeigt einen ganz anderen Typus der Ausdehnung des serpiginösen Syphilids. Dieses junge Mädchen, von syphilitischen Eltern geboren, zeigte von ihren ersten Lebensjahren an verschiedene hereditärluetische Erscheinungen. Unter anderen Erscheinungen dieser Art, zeigte sich im Alter von drei Jahren ein gummöses, ulcerirendes Syphilid, welches nach einer Dauer von fünfzehn Jahren bis vor wenigen Tagen noch vorhanden war, und welches rasch unter einer specifischen Behandlung abheilte. Dieses Syphilid nun, welches sich auf den Hinterbacken bildete, verbreitete sich auf die ganzen unteren Extremitäten, die es in ihrer ganzen Ausdehnung bedeckte, von den Hinterbacken bis zu den Knöcheln, und zwar in einer Breite von ungefähr 10 bis 20 *cm.* Die ausgedehnten Narben, welche diese Erkrankung hinterliess, lassen noch die Ausdehnung dieses serpiginösen Syphilids erkennen.

Andere Verschiedenheiten dieser Art sind von der Zahl der Eruptionsgruppen abhängig.

Es kann vorkommen, dass die Eruption viele Herde hat, ja sogar confluirende, wie wir in einem der früheren Fälle gesehen haben. Aber dies ist nur ein ziemlich seltener Fall, man könnte sagen, ein ausnahmsweiser. Meistens hat man es nur mit einer kleinen Anzahl von Herden zu thun, zweien, dreien, ja häufig sogar mit einem. Nach meiner persönlichen Statistik sind die Einzelnherde die gewöhnlichsten, und zwar im Verhältnisse von 5 : 6.

Die Frage des Sitzes bietet ein entschiedenes Interesse. Die folgenden Ziffern werden diesen Gegenstand aufhellen.

Unter 53 Beobachtungen, bei denen die hereditäre tardive Syphilis sich durch Hauterkrankungen äusserte, fand ich, dass diese Eruptionen sassen:

Im Gesichte	28mal	
An der behaarten Kopfhaut.	1	„
Am Unterschenkel . . .	27	„
Am Oberschenkel . . .	5	„
Am Fusse	2	„
Am Arme	5	„
Am Vorderarme	4	„
An den Händen	3	„
Am Stamme	6	„
Am Halse	1	„
Am Busen	1	„
An den Hinterbacken . .	3	„
Am Penis	4	„
An der Scheide	3	„
Um den Anus	1	„

Daraus folgt:

1. Dass diese Erkrankung beinahe überall vorkommen kann.

2. Aber dass sie die verschiedenen Theile des Körpers sehr ungleichmässig befällt. — Nämlich es sind Hautbezirke (Arme, Schenkel, Enden der Extremitäten, Hals, Busen), wo sie seltener vorkommen; andrerseits gibt es Stellen, an welchen diese Erscheinungen mit Vorliebe vorkommen und welche für sie Prädilectionsstellen bilden.

3. Sind es vor Allem zwei Stellen, welche als Hauptsitz der Dermatosen der hereditären tardiven Syphilis bezeichnet werden müssen, sie sind:

1. Das Gesicht.

2. Der Unterschenkel.

Urtheilen wir nach obigen Ziffern. Unter 53 Fällen sind in 28 die Erscheinungen im Gesichte gewesen, in 27 Fällen war der Unterschenkel ergriffen.

Anbei einige ergänzende Nebenumstände. Am Unterschenkel nehmen diese Formen merkwürdigerweise meist die Vorderfläche ein. Sie sind unendlich viel seltener an der Hinterfläche, nämlich in der Höhe und der Umgebung der Wade. Warum dies so ist, weiss ich nicht zu erklären, aber es ist eine Thatsache.

Alle Regionen des Gesichtes sind nicht auf gleiche Weise diesen Erkankungen ausgesetzt. Es gibt eine, die sie allen anderen vorziehen, und das ist die Nase. Die Nase ist ihr vorzüglichstes Opfer. Unter 28 Fällen meiner Statistik, in der das Gesicht ergriffen wurde, war 18mal die Nase, und zwar schwer erkrankt.

Also die hereditäre tardive Syphlis bevorzugt unter allen Regionen des Körpers das Gesicht und am Gesicht ist es die Nase, an der sie mit Vorliebe die grössten Zerstörungen hervorbringt.

Ich werde aus gewissen Gründen die Symptomatologie dieser Leiden kurz besprechen, denn es sind sozusagen Leiden ohne Symptome. Alles zeigt sich hier in den anatomischen Veränderungen der ergriffenen Partien. Ausser diesem objectiven ersten Anblick zeigt sich sonst fast keine Störung für den Arzt. Wollen wir also bei dieser merkwürdigen Abwesenheit der functionellen Störungen, der örtlichen oder allgemeinen Reaction und vorzüglich bei dem Nichtvorhandensein der Schmerzen verweilen.

Diese Leiden sind während ihrer ganzen Entwicklung merkwürdig indolent. Heimtückisch entstehen sie anfänglich ohne dass ein nenneswerther Schmerz die Erkrankung ahnen lässt. — Weiters fahren

sie fort, sich in derselben Stille und immer ohne Schmerzen zu entwickeln. — Weiters gehen sie entweder in Atrophie über und verschwinden, oder aber auch, was häufiger ist, sie ulceriren und zerfallen und das ohne Allgemeinstörungen, ausgenommen diejenigen, welche von der Zerstörung und Verstümmelung des Organes selbst herkommen, und sie zerfallen ohne Reaction, ohne Schmerz. Es sind dies also auf kaltem Wege zustande kommende Erkrankungen, Erkrankungen ohne Symptome.

Dies erklärt uns auch, warum es so häufig ist, dass Kranke mit diesen Erscheinungen zu uns erst in einer Epoche kommen, wo dieselben schon vollkommen ausgesprochen sind, wo sie schon die Verheerungen, Verstümmelungen und Zerstörungen, die sie hervorbringen können, angerichtet haben. Man beunruhigte sich nicht, das ist die Thatsache; und man beunruhigte sich nicht, weil diese Erscheinungen keine Qualen verursachten, weil die Abwesenheit der Schmerzen, den Patienten und deren Umgebung als eine Garantie für die Gutartigkeit derselben schienen. Das war es, was jüngst die Mutter dieses jungen Menschen mit der halbzerstörten Nase, an den Sie sich erinnern, uns sagte. Als wir dieser Frau einen Vorwurf machten, dass sie so lange gewartet und es zugelassen habe, dass diese irreparablen Zerstörungen Platz gegriffen haben, bevor Sie uns aufgesucht habe, antwortete sie einfach dieses: Was wollen Sie, das Kind litt nicht, beklagte sich nicht. Da die Sache nicht schmerzte, meinte ich, es sei nicht bedenklich, und meinte, das Leiden würde verschwinden, wie es gekommen ist. — Sie sehen also, meine Herren, dass die Indolenz dieser Laesionen durch die Sicherheit in die sie die Kranken einwiegt, selbst die Gefahr in sich birgt.

Kommen wir zur Entwicklung. Nach einem heimtückischen, sozusagen latenten Anfang, schreitet die Erkrankung verstohlen und langsam vorwärts, immer ohne Reaction, ohne Schmerzen. Die Knoten runden sich ab oder breiten sich aus und verhärten sich zur selben Zeit als in ihrem Niveau die Haut eine dunklere Farbe, ein bräunliches Roth, die Farbe des Schinkens annimmt. Von da an ist die trockene Form des gummösen Syphilides gebildet.

Kann nun diese Form stabil und bleibend werden, d. h. nicht in Ulcerationen übergehen? Gewiss! So erinnere ich Sie z. B. an jenes junge Mädchen, das ich seit seiner ersten Kindheit an verschiedenen hereditärsyphilitischen Erscheinungen behandelt habe, und das ich im Alter von 15 Jahren mit einem trockenem Knotensyphilid der Hände behaftet fand. Gebildet war dieses Syphilid durch einen grossen Kreis von linsenförmigen, abgeplatteten, sehr harten, fast hornigen Knötchen, die eine lamellöse Desquamation zeigten. Aehnliche Erscheinungen, aber viel ausgedehnter, hatten ihren Sitz in den Furchen und an der Pulpa der Finger. Diese Eruption dauerte schon 6 Monate, bevor ich sie das erstemal sah und hatte ihre definitive Form schon erlangt.

Aber dies ist ein seltener Fall. Man kann selbst, glaube ich bei der hereditären tardiven Syphilis, diese Formen der Dermatose, welche während ihrer ganzen Dauer trocken bleiben, und welche durch interstitielle Resorption, durch Atrophie verschwinden, als Ausnahmsfälle betrachten.

Im Gegentheile ist die gewöhnliche Form anfänglich durch trockene Knötchen gebildet oder zeigt sich in einer flächenartigen Ausbreitung

auf den Integumenten, und kommt es dann später zur eiterigen Zerstörung und tiefen Ulcerationen. Es ist mit einem Wort die Form der Hautsyphiliden, die man tuberculo-ulcerös oder gummös nennt, und in Hinsicht auf die Borken, welche sie oft bedecken, tuberculo-crustöse nennt.

In anderen Worten, die Dermatosen der hereditären tardiven Syphilis haben als gewöhnliche Charaktere dies, dass sie sich unter der Form der Infiltration der Haut auf einer ursprünglich intacten Oberfläche entwickeln, später oberflächlich zerfallen und Ulcerationen, die mit allen Attributen des gummösen Ulcus ausgestattet sind bilden.

Diese Attribute kennen Sie, durch die vielen Beispiele, die Sie hier täglich sehen. Kurz zusammengefasst bestehen sie in Folgendem: Ganz scharf abgegrenzte Partie mitten im harten und deutlich infiltrirten Gewebe; immer tiefe Ulceration, manchmal die ganze Dicke der Lederhaut, ja oft auch das darunter liegende Gewebe durchsetzend; Ränder dieser Ulceration scharf abgeschnitten („taillés à pic"), und zwar so vertical, als ob sie mit dem Bistouri eingeschnitten wären; andererseits sieht man zusammenhängende und nicht freie bewegliche Ränder, wie sie häufig bei scrophulösen Ulcerationen vorkommen; ferner eine Zone von düsterem Roth, gleichsam einen Rahmen für die Laesion bildend; der Grund des Ulcus ist uneben, besät von Vertiefungen, stufenförmig unterwühlt, und als Hauptcharakter, bedeckt, sei es im ganzen Umfange, sei es in Inselform mit einem gelben Ueberzug, der sehr adhärnent, rahmartig, wie dicker Eiter ist. Sie wissen, was dieser dicke Eiter ist; es ist das Gewebe des Gummas selbst, auf dem Wege der Ausscheidung; es ist das brandige, necrotisirte Gumma selbst. Dies bildet also selbstverständlich das wesentlichste, pathognomonische Attribut dieser gummösen Erkrankung.

In der Praxis zeigen sich also meistens diese Hauterkrankungen der hereditären tardiven Syphilis als Knoten auf dem Wege zum Zerfall, wenn sie nicht ohnedem schon vollständig ulcerirt sind. Diese Geschwüre sind, wie ich schon Gelegenheit hatte, Ihnen an verschiedenen Beispielen zu zeigen, sehr häufig für Lupus vulgaris gehalten und als solcher behandelt worden.

Der Verlauf dieser Geschwüre ist verschieden, je nach ihren verschiedenen Perioden, nämlich:

Immer sehr langsam im Anfangsstadium (dem der Infiltration), Wochen, ja Monate dauernd; relativ schnell im Zustande der Desagregation und der Ulceration; absolut ungewiss und veränderlich im Stadium der Heilung.

Das gummöse Geschwür vernarbt also manchesmal in kurzer Zeit (allerdings ist der Fall ziemlich selten), vernarbt dann, wenn es nicht durch die Reizung in der Umgegend daran gehindert wird; meistens aber zieht sich die Sache in die Länge und das Geschwür heilt nur schwierig mit einer grossen Langsamkeit; oft aber vergrössert es sich in der Peripherie, indem die gummöse Infiltration an den Rändern des Geschwüres immer weiter schreitet; manchesmal endlich schreitet es in einer unbestimmten Weise vor, chronisch, wie excentrisch weiterfressend, oder noch häufiger als serpiginöses Geschwür.

Es sind dies also Geschwüre von einer sehr langsamen Entwicklung,

wie alle gummösen Geschwüre. Es ist jedoch zu bemerken, dass der Verlauf und die Dauer dieser Geschwüre nicht zu vergleichen sind mit dem Gange und der Dauer des Lupus vulgaris. Dieser ist ja der Typus der torpiden Affectionen, mit ihrer langsamen und chronischen Entwicklung. Der Verlauf ist so langsam und chronisch, dass er manchmal während eines beträchtlichen Zeitraumes stille zu stehen scheint. Das Knotensyphilid, obwohl es auch langsam in seiner Entwicklung, vorzüglich im Anfangsstadium ist, hat dennoch einen gewiss viel schnelleren Verlauf; es bringt das in einem Monat zu Stande, wozu der Lupus ein Jahr braucht.

Fügen wir noch hinzu, dass in manchen Fällen, die gar nicht selten sind, es seinen matten und langsamen Verlauf aufgibt, um in kurzer Zeit Bezirke der allgemeinen Decke in grösserer oder geringerer Ausdehnung zu überziehen und zu zerstören. Man hat ja gesehen, dass ein tuberculöses Syphilid in einem Zeitraume von wenigen Wochen die Nasenflügel infiltrirt, ulcerirt, perforirt und gänzlich zerstört hat. Bei einem meiner kleinen Kranken, bildete sich je in einem Zeitraume von 3—4 Wochen eine beträchtliche Infiltration der ganzen Oberlippe, diese zerfiel rasch, und zwar so, dass zur Zeit, als das Kind zu uns gebracht wurde die Zerstörungen schon irreparabel waren.

Also zusammengefasst ist der gewöhnliche Verlauf der Geschwüre, die uns jetzt beschäftigten, der, dass der Verlauf im Allgemeinen langsam, aber gewiss schneller ist, als bei den scrophulösen, und überdies ist die Möglichkeit eines sehr raschen Verlaufes in gewissen Fällen immerhin vorhanden.

Was den Ausgang betrifft, so ist Folgendes zu bemerken:

Die trockenen Formen endigen in interstitieller Resorption und Atrophie des Gewebes; es sind dies aber seltene Formen.

Die gewöhnlichen Formen, welche zur Ulceration des Gewebes führen, haben 2 Ausgänge, nämlich:

Entweder die Aufsaugung, dann wenn die Behandlung zur rechten Zeit einschreitet, um die Ulceration zu verhindern.

Oder die Vernarbung; aber eine Vernarbung um den Preis der Zerstörung der afficirten Partien. Dies ist der wesentliche, beständige Charakter dieser Geschwüre. Die ergriffenen Gewebe sind zum Tode verurtheilt, wenn die Kunst sie nicht zur rechten Zeit durch eine genügende, energische und schnelle Intervention rettet, da es vorzüglich zerstörende, desorganisirende Geschwüre sind.

Sie können sich daher vorstellen, welche Consequenzen diese Geschwüre haben oder haben werden, nämlich: Entweder — in den einfachsten und günstigen Fällen — Narben, aber tiefe, ausgehöhlte, unregelmässige Narben, die sehr oft gefaltet, zusammengezogen und immer mehr oder weniger ausgebreitet sind.

Oder es kommt zu Substanzverlusten, Löchern, Verstümmelungen, selbst wichtigen Zerstörungen, ja sogar zu Verlust der Organe.

Anbei verschiedene Beispiele.

Einer unserer Kranken zeigt die ganze Vorderfläche seines Beines in eine grosse Narbe verwandelt, die am Knie anfängt, und an den Knöcheln endigt; es ist eine vertiefte Narbe, zusammengezogen an einzelnen Punkten, an anderen sehr breit, eine Narbe, die an ihrer Peripherie sehr pigmentirt ist. Dies ist, zumal in Anbetracht des Sitzes der

Narbe ein ziemlich günstiger Fall. Aber es folgen hier andere bedauernswerthere Fälle.

Eine Kranke von Dowse, wurde in Folge von hereditärer Syphilis von einem ulcerirenden Knotensyphilid befallen, welches die ganze Nasenspitze zerstörte.

Bei einem kleinen Mädchen meiner Clientel, wurde gut die Hälfte der Oberlippe durch dieselbe Form zerstört.

Einer Kranken von Lewin wurde im Alter von 14 Jahren das Gesicht von fressenden Ulcerationen ergriffen, welche mit einer beträchtlichen Zerstörung der Nase und der Oberlippe endigten.

In einem Falle von Celso Pellizzari, war bei einem hereditärsyphilitischen jungen Manne die ganze Oberlippe, durch ein zerfallendes Gumma, in ihrer Mitte zerfressen, in der Weise, dass der tiefe Einschnitt in die weichen, umgebenden Theile eine breite Partie der vorderen Zahnreihe sehen liess, welche Zähne die charakteristischen Veränderungen der hereditären Syphilis boten.[1])

Ein Kranker, den Sie im Vorjahre oft gesehen haben, hatte beinahe das ganze Gesicht mit einer Narbenmaske bedeckt. Seine Nase war ganz unförmlich und ihre untere Partie zerstört. Dann war eines seiner Nasenlöcher, oder besser gesagt, die Oeffnung, welche die Stelle des Nasenloches vertrat, so verengert, dass man kaum mit dem Kopf einer Stecknadel durch konnte.

Bei einem Falle von Hutchinson war die ganze Nase durch ein tuberculöses Syphilid zerstört.

Ein junges Mädchen von 18 Jahren litt seit vier Jahren an einem serpiginösen Syphilid des Gesichtes, derart, dass, als sie Atkinson, welchem wir diese Mittheilung verdanken, consultirte, das ganze Gesicht mit Narben, Krusten oder Ulcerationen bedeckt war.

Der Autor schreibt:

Das ganze Gesicht war nichts als eine Mischung von Narben, Krusten, Geschwüren; die Stirne war ein ungeheures Geschwür; — die Augenlider waren zur Hälfte zerstört, so dass die Augen, unbedeckt, roth und entzündet mit getrübter Cornea erschienen; die Nasenflügel waren abgeplattet, die Scheidewand zerstört, die Nasenlöcher verengert, zu kleinen Löchern von Stecknadelkopfgrösse reducirt; die Wangen waren mit Narben bedeckt; der Mund verengert, verzogen; am Knie breiteten sich grosse Geschwüre aus etc.[2])

Und so könnte ich viele andere Fälle, die theilweise oder totale Zerstörungen der Nase, ebenso der Lippen, der Augenlider betreffen, von Verzerrungen, Difformitäten und narbigen Atresien erwähnen.

Kurz, diese Geschwüre sind für das Gesicht, das sie ja am öftesten verunstalten, die Urheber von allen möglichen Verunstaltungen von der einfachen Narbe angefangen, bis zur Verstümmelung, von dem unangenehmen bis zum schrecklichen Anblick. Sie sind die Urheber dieser schrecklichen, ungeheuerlichen und entsetzlichen Gesichter, denen das Hospital St. Louis Asyl und Zufluchtsort ist, an deren Schrecklichkeit wir uns aber mit der Zeit gewöhnen, die aber einen um so tieferen Eindruck auf die zufälligen Besucher unseres Spitales machen. Unnütz ist es wohl hinzuzufügen, dass derartige Kranke wahre Parias der Gesellschaft sind.

[1]) Die Photographie dieses interessanten Falles ist in dem Buche des Dr. Jullien, Abhandlung über die venerischen Erkrankungen 2. Aufl. p. 1162 reproducirt.

[2]) The American Journal of the medical science 1879.

Hier sahen Sie, meine Herren, die möglichen Consequenzen dieser Erkrankungen, hier was sich bei der acquirirten Syphilis, beim Lupus, und bei der hereditären tardiven Syphilis bildet.

XVII.

Nach diesen gewiss kurz gefassten Allgemeinheiten, beeile ich mich das Hauptcapitel des Gegenstandes, der uns beschäftigt, das der Differential-Diagnose, zu beginnen.

Alles liegt hier in der Diagnose. Denn von zwei Dingen gibt es nur das Eine: Entweder erkennt man diese Leiden, als das, was sie sind, und dann sind sie schnell und leicht durch die einzige, passende Behandlungsweise geheilt; oder sie sind nicht als syphilitische Geschwüre erkannt, dann kennen Sie ja das Resultat eines solchen Irrthums.

Eine gute oder schlechte Diagnose ist in diesem Falle von grosser Bedeutung; die Nase kann erhalten bleiben oder zu Grunde gehen; das Antlitz kann sein natürliches Aussehen bewahren oder kann einen beständigen und bleibend schreckhaften Anblick gewähren. Wollen Sie auch die ausser unserem ärztlichen Bereich liegenden, die socialen, moralischen und andere Consequenzen dabei ziehen. Was wird, oder was kann aus einem jungen Menschen, noch vielmehr aus einem jungen Mädchen werden, das für den Rest seiner Tage so verunstaltet und abstossend, von dieser ungeheuerlichen Hässlichkeit ist, wie ich sie oben beschrieben? — Seine sociale, seine professionelle Zukunft, seine moralische Hoffnung ist mit einem Schlage compromittirt, vernichtet, untergegangen in demselben Schiffbruch. Wer würde diese Ungeheuer als Gatte oder Gattin nehmen? Was für eine Laufbahn stünde ihnen offen? Und was für Quälereien, Bitternisse und Erniedrigungen erwarten sie; einmal wird ihnen eine Schule ihre Pforten schliessen, ein andermal wird man von ihrer Freundschaft, selbst von ihrer Gesellschaft zurückschrecken, wie früher vor der Hand eines Leprösen.

Es ist also eine Pflicht für den Arzt sich zu bestreben diese Leiden von Ursprung an zu kennen, um die traurigen Consequenzen abwenden zu können. Ja, was kann man in dieser Hinsicht thun? Vorerst, genau sich die ganze Semiotik vor Augen halten, welche die specifischen Charaktere dieser Dermatonosen sofort erkennen lässt; zweitens eine genaue Kenntniss der Irrthümer zu haben, in die man in einem solchen Falle verfallen kann. Diese Fehler sind nun die Folgenden:

1. Diese Leiden anders behandeln, als durch die einzig richtige Behandlungsweise, deren sie bedürfen, oder 2. selbe wohl richtig behandeln, aber mit ungenügenden Dosen, mit schwächeren Dosen, als solche nothwendig sind, um ein glückliches Ziel zu erreichen, um den Gang der Ereignisse zu hemmen.

Es handelt sich darum, diese Leiden als luetische zu erkennen, sie zu unterscheiden von anderen, von denen sie die Maske, die objective Physiognomie geborgt haben.

Sind es nun viele Affectionen, welche uns täuschen können? Nein. Es ist nur eine einzige Gattung, die wir vorhin erwähnt haben, nämlich: die verschiedenen Spielarten des Lupus. Aber diese sind wirklich derart, dass sie ernstliche Verwirrungen, beträchtliche Schwierigkeiten schaffen können.

Nun übersehen Sie einmal die Observationen der Hautaffectionen der hereditären tardiven Syphilis, und suchen Sie zu Ihrem persönlichen Vortheil, da dies für Sie höchst instructiv sein wird, nach, wie viele Irrthümer bezüglich dieser Dinge begangen worden sind! Immer werden Sie dort, wo ein Irrthum bei diesen Geschwüren begangen worden ist, finden, dass er seinen Grund hatte, dass man diese Laesionen für eine scrophulöse Erkrankung, für Lupus gehalten hat. Man hat immer am Lupus festgehalten während, es sich um ein tuberculöses Syphilid handelte, das dem Lupus ähnlich war.

Merken Sie auch, was hier geschieht, wenn ein Kranker mit Hautgeschwüren zu uns kommt, der hereditäre Syphilis hat oder derselben nur verdächtig ist; welche ist die Differential-Diagnose, die wir immer unter uns im Auge halten und besprechen? Immer halten wir die Syphilis und den Lupus, als die möglichen Ursachen dieser Zufälle, gegen einander.

Scrophulose, Lupus, hier ist die diagnostische Klippe, das sind die Krankheitserscheinungen, die es von den lupusartigen Dermatosen der Syphilis hereditaria tarda zu unterscheiden gilt. Das ist die unvermeidliche Aufgabe, die beständige Frage, die sich uns aufdrängt.

Nun aber, meine Herren, täuschen Sie sich nicht, die Differentialdiagnose zwischen Lupus und tuberculösem Syphilid ist eine der schwierigsten der Pathologie. Es ist nicht allein für die wenig Erfahrenen oder speciell in den Studien der Dermatologie und Syphilis nicht Erfahrenen eine schwierige Diagnose, sondern sie ist eine schwierige Diagnose für Jedermann, ich scheue es nicht zu sagen, selbst für die Erfahrensten, für die Dermatologen und Syphilidologen vom Fach. Es ist dies eine Diagnose, die sich uns, den Aerzten des Hospitals St. Louis täglich aufdrängt, die uns dennoch immer in Zweifel setzt und uns misstrauisch macht und verwirrt. Ich sage sogar, dass oft die Aerzte, die an Diagnosen dieser Art am meisten gewohnt sind, sich als die misstrauischsten und reservirtesten zeigen, und zwar darum, weil sie von den Schwierigkeiten und Ursachen des Irrthums, denen minder Erfahrene unterworfen sind, Kenntniss haben.

Um zur Sache zu kommen wollen wir die verschiedenen Dermatosen, welche die hereditäre tardive Lues hervorbringt, vergleichen.

1. Hier also zum Anfang ein tuberculöses Syphilid und ein tuberculöser Lupus, beide trockener Form. Versuchen wir sie auseinander zu halten.

Anfänglich ist es unmöglich einen anderen Eindruck als diesen zu haben: Wir suchen Unterschiede, und wir finden nur Aehnlichkeiten, Analogien, ja objectiv, eine Verschmelzung beider Laesionen. Bei einem oder dem anderen Fall constatiren wir Folgendes: Eine tuberculöse Eruption auf einer rothen, infiltrirten Basis; Knötchen von beinahe demselben Umfang und Gestalt; die Knötchen gruppirt, aneinander gereiht, nach einer beinahe ähnlichen, selbst ganz gleichen Art und Weise. Man meint, man werde nie im Stande sein, so ähnliche Affectionen von einander zu unterscheiden.

Wenn wir den Gegenstand noch aufmerksamer betrachten, so wird es doch möglich sein, gewisse Differenzen zu entdecken, welche uns anfänglich entgangen sind, nämlich:

1. Unterschiede in der Farbe. Das tuberculöse Syphilid präsentirt

sich immer, mit einem düsteren Roth, einem Roth mit bräunlichem Ton; die Knötchen des Lupus zeigen jedoch im Gegentheil die Tinte eines viel helleren Roth, eines gelblichen Roth, das manchmal halbtransparent ist, und uns an den Anblick von Gerstenzucker erinnert, der zugleich roth und gelb erscheint. Diese Gerstenzuckerfarbe (teinte sucre d'orge) ist allen Dermatologen bekannt. Sicher zeigt diese Farbe den Lupus an.

2. Unterschiede der Consistenz. Das tuberculöse Syphilid ist fest, und ist unter dem Fingerdruck derb anzufühlen.

Es lässt sich nicht eindrücken, abflachen, es verschwindet nicht unter dem Druck, wie der technische Ausdruck lautet. — Der tuberculöse Lupus scheint „weniger voll", „weniger ausgefüllt"; er ist weich, er lässt sich durch den Finger niederdrücken.

Diese beiden Unterschiede, wenn sie deutlich sind, haben sicher einen reellen diagnostischen Werth.

II. Wir gehen zu den ulcerösen Formen über. Eine minutiöse Analyse lässt doch oft zwischen beiden Affectionen fünf charakteristische Kennzeichen auffinden:

1. Färbung des umgebenden Hofes. Der Hof, welcher das gummöse, ulcerirende Syphilid umgibt, ist immer von einem düsteren, einem gedämpften, pigmentirten Roth. Man hat dieses Roth verglichen mit der Farbe eines alten, vertrockneten, geschrumpften Schinkens. — Der Hof der scrophulösen Affectionen ist von einem viel helleren Roth, welches manchmal einen Stich ins Bläuliche hat. — Diesen bläulichen Hof bei Scrophulose, findet man allerdings nur in einer beschränkten Anzahl von Fällen; aber wo er sich vorfindet, (Sie sehen einen solchen Fall in unserem Museum reproducirt), ist er in die Augen springend und charakteristisch.

2. Zusammensetzung und Aussehen der Krusten. Die Krusten, welche durch die syphilitischen Ulcerationen gebildet werden, zeigen nur wenige Unterschiede von den scrophulösen, nämlich:

I. Sie sind viel homogener, viel fester, viel dichter, viel härter als die scrophulösen.

II. Sie sind oft aus offenbaren Schichten aufgebaut, die ihnen das Ansehen von Austernschalen geben, eine Neigung, die man nicht, oder wenigstens nicht im selben Grade beim Lupus bemerkt.

III. Haben sie eine viel dunklere Farbe, als die scrophulosen; manchmal sind sie fast schwarz. — Manchmal haben sie einen bräunlichgrünen Schimmer, an die Farbe alter Bronzen erinnernd.

3. Gestaltung der Ränder. Es ist dies ein besseres Zeichen als die vorhergehenden, welches in vielen Fällen eine werthvolle semiotische Bedeutung erlangen kann.

Syphilitische Geschwüre.	Ulcerirter Lupus.
Ränder immer scharf, sehr deutlich, erhaben, eine Hervorragung bildend.	Ränder wenig erhaben, flach, eine einfache ulcerirende Fläche bildend.
Ränder hart, geschwollen, infiltrirt.	Ränder weich, nicht geschwollen, schlaff.
Ränder scharf abgeschnitten, wie mit einer Spitzhaue abgehackt.	Ränder nicht scharf abgeschnitten, weich, verdünnt.
Der Rand ist fest, nicht erweicht.	Ränder oft abgehoben, unterminirt, manchmal sogar beweglich.

4. Verhalten des Grundes. Der Grund dieser Laesionen ist es, welcher vor Allem die wesentlichsten Eigenthümlichkeiten zeigt.

Er ist durch folgende drei charakteristische Merkmale gekennzeichnet.

I. Er ist ausgehöhlt, tief, unter das Niveau der umgebenden Theile sehr deprimirt.

II. Er ist ungleich, unregelmässig, mit Vertiefungen und Erhabenheiten, mit kleinen alveolären Eindrücken besät, durchfurcht und manchmal stufenförmig.

III. Er ist mit dickem Eiter bedeckt; das heisst, bald ist er auf seiner ganzen Oberfläche mit einem gelblichen oder graugelblichen, rahm- oder speckartigen, anhaftenden, halbfesten Ueberzug bekleidet, welcher nichts anderes ist, als das tuberculöse oder gummöse Gewebe, im Zustande des Brandes und der Necrose; bald ist er aber auch hie und da mit kleinen Inseln und kleinen Ueberresten des noch nicht eliminirten Eiters besät. Dies sind ja bekanntlich die Hauptcharaktere der gummösen syphilitischen Geschwüre.

Beim Lupus dagegen sind diese Erscheinungen ganz verschieden.

I. Die Ulcerationen sind im Allgemeinen weniger tief, weniger ausgehöhlt, und halten sich beinahe im Niveau der Umgebung, überragen dasselbe manchesmal, sind erhöht, hervorragend, wuchernd.

II. Die Ulcerationen haben einen röthlichen oder rosarothen Grund und geben oft eine Farbenmischung wie die Fleischwärzchen, so dass man meint eine einfache gutartige Wunde vor sich zu haben, welche in Kurzem vernarben könnte; ein anderesmal haben diese Ulcerationen einen blassrothen Grund, ähnlich der Farbe von atonischen Wunden. — Manchmal haben diese Wunden einen glatten Grund, der mit einer Art glasigem Firniss bedeckt, an den Anfang der Verheilung glauben macht, der sich aber dennoch ablöst und unter dem streifenden Finger nach Art einer nicht gut anhaftenden Schichte von Collodium weggewischt werden kann.

III. Endlich kommt noch eine Ulceration vor (die aber nur einzelnen Arten von Lupus eigenthümlich ist), die wie knospentreibend, wuchernd ist, und die durch ein wirkliches Bouquet von warzenförmigen, maulbeerartigen Granulationen an den Anblick des Blumenkohls oder der Himbeere erinnert (Lupus framboesioïdes).

Diese letzte Form interessirt uns besonders, weil sie oft die Nase betrifft und ihr eine aussergewöhnliche Gestalt verleiht. Mit einer schwarzen Kruste bedeckt, gleicht sie beim ersten Anblick einer syphilitischen Laesion. Aber es genügt, diese Kruste abzuheben, um das lupöse Blumenkohlgewächs zu entdecken; niemals zeigen luetische Affectionen diesen Anblick.

5. Gesammtbild des Geschwüres. Die Geschwüre der Syphilis sind nicht immer, aber sehr häufig bemerkenswerth, durch ihre methodische äussere Anordnung. Sie zeigen sich in folgende 3 Typen:

Den Kreistypus, bei denen sie einen vollständigen Kreis bilden, der mehr oder weniger, manchmal ganz regelmässig, wie mit dem Cirkel gemacht ist.

Den Halbmondförmigen, der viel häufiger ist, bei welchem die Ulcerationen ein Kreissegment, einen Kreisbogen, einen Halbring oder Halbmond bilden.

Den Typus in Schlangenwindungen, der sich in ausbreitenden und serpiginösen Formen darstellt.

Umgekehrt sind die Ulcerationen des Lupus viel unregelmässiger und in ihrer allgemeinen äusserlichen Form veränderlicher. Sie können wohl manchesmal eine mehr oder weniger runde Form zeigen, aber es scheint, dass dies nur zufällig ist. Im Ganzen also sind sie weniger als die Syphiliden, einem regulären, systematischen Typus unterworfen.

Ein Beispiel soll uns zeigen, welchen Nutzen für die Diagnose wir aus diesem Zeichen ziehen können.

Vor einigen Jahren wurde ein junges 19-jähriges Mädchen, wegen eines knötchenartigen, mit Krusten bedeckten Geschwüres der Unterlippe in unsere Klinik aufgenommen. Ich beging den Fehler, diese Ulceration für einen Lupus zu halten. Zu meiner Entlastung muss ich hinzufügen, dass zu jener Zeit von der hereditären tardiven Syphilis noch nicht die Rede war. — Ich behandelte die Kranke, mit der damals neuen und in voller Blüthe stehenden Methode der Scarificationen. Ich hatte einen Erfolg, was bewies, dass die Scarification nicht allein den Lupus heilt, sondern auch, streng genommen, die Syphiliden heilen kann; das ist wohl nicht zu wundern, denn die Scarification ist genau genommen nichts als eine Zerstörung. Nun nach 2 Jahren kommt das Mädchen mit einem Geschwür zurück, das genau an der Stelle des ersten seinen Sitz hatte. Diesmal bietet aber das Geschwür ein Bild, das uns frappirt. Es ist nach unten zu vollkommen halbkreisförmig, seiner Form nach geometrisch, wie mit dem Zirkel gemacht. Daraufhin vermuthe ich Syphilis, suche nach und finde sie nicht bei dem Mädchen, wohl aber bei dessen Eltern. Ich wende eine specifische Behandlung an und der angebliche Lupus verschwindet wie durch Zauber.

In diesem Falle also, war es die Gestalt des Geschwüres, die mich meinen ersten Irrthum einsehen liess und auf die Spur der richtigen Diagnose wies.

Was können wir nun über diese verschiedenen Anzeichen denken? Was gelten sie im Allgemeinen und welches Zutrauen kann man ihnen schenken?

Darauf muss man antworten: Diese Zeichen sind wichtig, aber zur Diagnose ungenügend. Sie sind wichtig, weil sie klinisch sind und den Elementen, welche das eigenthümliche Aussehen dieser Geschwüre bilden, entlehnt sind. Zeugniss davon gibt, dass einem erfahrenen Arzt oft nur ein einziger Blick genügt, um mit Sicherheit zu sagen, das ist ein Lupus und das ist ein Syphilid, gerade so wie Ihnen ein einziger Blick genügt, um ein bekanntes Gesicht zu erkennen.

Ich habe sie aber auch ungenügend genannt, und das aus zwei Gründen: 1. Weil sie nicht immer vorhanden sind und 2. weil sie als diagnostische Bezeichnung nicht unabhängig sind.

Ich könnte thatsächlich diese Differentialdiagnose, nachdem ich sie mühsam aufgebaut habe, Stück für Stück wieder umstossen, indem ich die Zeichen, welche sie zusammensetzen, einzeln vornehme und zeige, dass man damit irregehen kann, und dass dieses oder jenes Zeichen nichts Pathognomonisches, nichts wirklich Unterscheidendes an sich trägt. Urtheilen Sie selbst nach folgenden Beispielen.

Ich habe Ihnen gesagt, dass die trockenen Knötchensyphilide sich durch ein dunkles, düsteres Roth von Schinkenfarbe auszeichnen, während der Lupus vulgaris sich durch eine viel lichtere rothe Farbe, eine gelblichrothe, die Farbe des Gerstenzuckers, auszeichnet. Es han-

delt sich hier nur um eine Farbennuance. Sind nun auch diese zwei Farben constant und unveränderlich für diese zwei fraglichen Krankheitstypen? Keineswegs. So gibt es auch einen dunkelgefärbten Lupus, wie Sie an verschiedenen Abbildungen unseres Museums sehen können. In jedem Falle fehlt ein ernster Hintergrund für dieses Symptom und eine so wichtige und praktische Diagnose kann sich nicht allein auf eine einfache Differenz in der Färbung stützen.

Es ist ebenso gewiss, dass die braunen, schwärzlichen und schwarzgrünlichen Krusten in der Regel die Syphilide bezeichnen, während man im Allgemeinen die Scrophulose an Krusten von einem viel helleren Ton erkennt. Aber auch dies ist nichts Unumstössliches und man braucht nur zu den Glasschränken unseres Museums zu gehen, um dort Syphiliden mit hellen und scrophulöse Geschwüre mit dunkelgefärbten Krusten zu finden. Es ist dies abermals ein trügliches Zeichen.

Betrachten wir ein anderes, besseres Kennzeichen, als die vorigen, nämlich den Zustand der Wundränder. Haben die Syphiliden in der That immer diese scharfen, verticalen, abschüssigen und festhaftenden Ränder etc., wie ich sie früher beschrieb? Unterscheiden sich die scrophulösen Geschwüre immer durch die flachen unterminirten und flottirenden Ränder? Nochmal nein. — Man findet oft die Ränder und den ganzen Umfang eines syphilitischen Gummas durch einen subcutanen Process unterminirt, der die Ränder excentrisch loslöst.

Letztes Beispiel: Ein ausgezeichnetes Kennzeichen um die Syphilis zu diagnosticiren, findet man in der ringförmigen Anordnung der Syphilide; aber es gibt Syphilide, welche die Kreisform nicht annehmen, andererseits neigt oft mancher Lupus zur Kreisform.

Es ist also wirklich so, dass die verschiedenen objectiven Kennzeichen, welche wir eben studirten, gleicherweise, ich wiederhole es noch einmal, ausgezeichnet und ungenügend sind.

Ja ich füge sogar hinzu, dass sie erfahrungsgemäss in der Mehrzahl der Fälle, ungenügend bleiben. Ich appellire in diesem Fall an ihr Gedächtniss. Wie oft haben Sie nicht diesen oder jenen Arzt unseres Hospitals im Ungewissen vor Fällen dieser Art gesehen, wenn er durchaus die Diagnose ohne Befragen des Patienten nur durch den äusseren Anblick machen wollte. Wie oft haben wir nicht miteinander diese Geschwüre lange examinirt, mit Genauigkeit analysirt, ihre Physiognomie detaillirt, um irgend ein entscheidendes Merkmal zu finden, und haben den Kampf aufgegeben, ermüdet, ein differential diagnostisches Merkmal mit Hilfe der objectiven Charaktere allein, zu finden. Und wie oft endlich waren Sie nicht Zeugen von Irrthümern, welche durch den objectiven Anschein entstanden sind, und endlich durch eine rationelle Diagnose berichtigt wurden!

Daher, meine Herren, kann man der objectiven Diagnose, nur einen bedingten Werth, den sie in der That hat, zuschreiben. Die Zeichen, aus denen sie sich zusammensetzt, sind sicher gut, authentisch, undiscutirbar, unbestritten; sicher muss man sie immer suchen, sie studiren und sich dieselben vor Augen halten. Aber man muss auch wissen, dass sie fehlen, dass sie täuschen können.

Der Arzt also, wenn er sich auch hilft, und sich durch die objectiven Thatsachen aufklären lässt, darf seine Diagnose nicht auf diese einzige Art von Merkmalen beschränken. Andere semiotische Elemente, von

einem viel ernsteren und positiven Charakter drängen sich bei seinen Untersuchungen auf. Diese bilden die rationelle Diagnose, von der ich jetzt sprechen will.

Das, was ich die rationelle Diagnose der Laesionen, die uns beschäftigt, nenne, beruht auf einer Reihe von verschiedenen Betrachtungen, welche untereinander nur einen gemeinsamen Zug haben, nämlich den, aus anderen Elementen abgeleitet zu sein, als die objectiven Krankheitscharakteristica.

Diese Betrachtungen können in fünf folgende Hauptpunkte eingetheilt werden:

1. Eigenthümlichkeiten des Verlaufes der Krankheit.
2. Anzeichen, welche andere gleichzeitige Erscheinungen betreffen.
3. Vorhergegangene Erkrankungen.
4. Examen der Persönlichkeit des Kranken.
5. Nachforschung über die Ascendenten und die Geschwister.

1. Eigenthümlichkeiten des Krankheitsverlaufes. Hier habe ich Ihnen nur zwei Worte, die ich Ihnen schon früher erwähnte, zu sagen. Der Lupus ist eine vorwiegend torpide Krankheit, langsam in seiner Entwicklung, langsam in seinem Verlauf, ausserordentlich chronisch.

Obwohl auch die Entwicklung des Knotensyphilides langsam ist, hat es dennoch einen rascheren Verlauf. Es bewirkt das in einigen Monaten, ja in einem Monat, wozu der Lupus ein Jahr und mehr braucht.

Anwendung dieser Thatsache:

Hier zeige ich Ihnen ein Geschwür, das einen ganzen Theil der Nase zerstört hat, und nach den erhaltenen Auskünften ist dies in 3 oder 4 Monaten vor sich gegangen. Was ist dies, Syphilis oder Scrophulose? Die einzige Thatsache, drei oder vier Monate gibt eine Vermuthung, und zwar eine beinahe sichere Vermuthung zu Gunsten des syphilitischen Ursprungs dieses Geschwüres.

Umgekehrt, diese andere Laesion hat die Nase in einem Zeitraum von 4, 5, 7, 10 Jahren zerstört; sie ist langsam, heimtückisch, ausnehmend chronisch vorgeschritten. Was können wir aus der einzigen Thatsache dieser Entwicklung für einen Schluss ziehen? den, dass ganz gewiss die Scrophulose und nicht die Syphilis diese Affection verursacht hat.

Nebenbei will ich Ihnen noch erwähnen, dass Scrophulose und Syphilis, welche so häufig die Nase befallen, sie nicht in derselben Weise zerstören. Die Scrophulose zerstört sie langsam, zernagt sie in kleinen Parcellen, Molecül nach Molecül, und braucht dazu Zeit, und zwar lange Zeit. Die Syphilis dagegen zerstört sie in Bausch und Bogen, in grossen Stücken, und das sehr rasch.

Eine andere Eigenthümlichkeit des Vorschreitens ist folgende:

Die Scrophulose setzt sich gerne auf einen Punkt fest, z. B. auf einen Theil des Gesichtes, den sie durch mehrere Jahre bewohnt und von dem sie durch einen Zeitraum von 5, 6, 8, 10 Jahren und mehr nicht weicht. Die Syphilis bleibt nicht immer wie die Scrophulose auf einem Punkt stehen; sie geht von einer Stelle zur anderen, dann auf eine Dritte und so fort. Mit einem Wort, sie ist mehr oder weniger herumwandernd.

Z. B. Ein Kranker von Atkinson, derjenige, von dem ich vor

Kurzem sprach, hatte in einem Zeitraum von 4 Jahren das Gesicht vollständig von einem gummösen Syphilid zerfressen. Dieses Syphilid vollendete seine Zerstörungen, indem es nach und nach von der Oberlippe zur Nase, von der Nase zur Scheidewand und auf die Wangen überging; von da wanderte es auf die Augenlider und die Stirne; und von da erst auf das Kinn, ohne von anderen Geschwüren zu sprechen, die gleichzeitig den Gaumen, das Gaumensegel, die Nasenhöhlen und Pharynx zerstörten.

2. Merkmale, welche gleichzeitige andere Erscheinungen bieten. Manchesmal kann eine zweifelhafte Diagnose eines Hautgeschwüres durch gleichzeitiges Vorkommen einer anderen Krankheitserscheinung an einer anderen Stelle aufgeklärt werden.

Sie haben, nehme ich an, hier eine der Natur nach nicht sicher bestimmbare Dermatose. Ist es ein Syphilid, ist es ein Lupus? Durch objective Kennzeichen erlangen sie keine Gewissheit. Aber gleichzeitig mit diesen Dermatosen, besteht ein Tumor albus oder harte Cervicaldrüsen oder eine Exostose oder andere Erscheinungen einer latenten Syphilis. Bringt diese Entdeckung nicht Licht in die Sache? Machen uns nicht diese Erscheinungen indirect die Diagnose der Hauterkrankung? selbstverständlich mit aller Reserve in Hinsicht auf das mögliche Zusammentreffen oder der Cumulirung zweier Erkrankungen.

Sie können mir vielleicht darauf sagen, ja, diese Mehrzahl der Krankheitserscheinungen an verschiedenen Stellen, an demselben Patienten und zur selben Zeit ist nur ein Zufall. Ja, es ist allerdings eine Zufälligkeit, aber eine sehr häufige, von der die Diagnose oft Vortheil zieht.

Beispiele: In einem Falle war ich sofort klar über die Art einer zweifelhaften Eruption des Gesichtes durch das Vorhandensein einer Keratitis interstitialis, die so typisch als möglich war. — In einem anderen Falle, den Sie vor Kurzem gesehen haben, würden wir eine Ulceration der Oberlippe nicht bestimmen haben können, wenn die Entdeckung einer Exostose an der Tibia, die unzweifelhaft luetischer Natur war, nicht unsere Zweifel zerstreut hätte. Bei beiden Kranken rechtfertigte der rasche Erfolg der Behandlung unsere Diagnose.

Erinnern wir uns auch, wie wir dahingeführt wurden bei dem schrecklichen Phagedänismus genitalis, bei einem Kranken, unserer Klinik liegt, Syphilis zu vermuthen. Dieser Kranke wurde uns mit der Diagnose: „Einfacher, phagedänischer Schanker, der schon die Hälfte der Ruthe zerstört hat," geschickt. Man muss sagen, dass der objective Anblick diese Diagnose zu rechtfertigen schien.

Nachdem wir jedoch den Kranken vollständiger als es früher geschah, untersuchten, entdeckten wir bei ihm zwei ganz deutliche syphilitische Manifestationen, nämlich eine Exostose am Seitenwandbein und eine gummöse Periostitis am Sternum. Mein Augenmerk richtete sich sofort darauf. Ich fragte mich, ist nicht vielleicht zufällig auch die Erkrankung des Penis syphilitischen Ursprungs? Ich dehnte meine Untersuchungen nach dieser Richtung aus, und ich konnte bald andere Erscheinungen, nach welchen die hereditärsyphilitische Belastung zweifellos war, erkennen. Ich erwähne selbe nicht mehr, da Sie diese ohnedem schon kennen. Auf diese Thatsachen gestützt, leitete ich die antiluetische Behandlung ein, und der Phagedänismus der Ruthe, seit 9 Monaten allen Behandlungsweisen trotzend, besserte sich sofort und heilte mit bemerkenswerther Raschheit.

3. Vorhergegangene Erkrankungen: Bei dieser Betrachtung kommen wir zu einer Reihe von Merkmalen, welche die hervorragend klinischen, ernstesten und positivsten der Differentialdiagnose, die wir eben studiren, bilden und zwar darum, weil sie nicht einem zufälligen oder vorübergehenden Umstand entnommen sind, sondern auf einer pathologischen Vergangenheit, auf einem ganzen Krankheitsbild fussen. Es ist ja ganz augenscheinlich, dass wenn sie an unseren Kranken unzweifelhafte, frühere scrophulöse Erkrankungen constatiren, auch die jetzigen Erscheinungen mit grösster Wahrscheinlichkeit von derselben Diathese abzuleiten sind.

Natürlich ist ebenso dort die syphilitische Art jener Erkrankung höchstwahrscheinlich, wo Sie beim Kranken Spuren der hereditären Syphilis finden.

Die vorhergehenden Erkrankungen sind also in der That eine wichtige Basis der Diagnose. Noch wichtiger aber sind:

4. Das Examen der erkrankten Person. Die genaue Prüfung des Patienten ist es, welche der Diagnose die sichersten und entscheidensten Grundlagen liefert.

Die Kenntniss des Terrains kann und muss über die künftigen Eigenschaften des Samenkornes aufklären. Erforschen wir also den Culturboden.

Hier haben wir einen Kranken mit einer zweifelhaften Erkrankung, die gerade so gut ein Lupus, wie ein Syphilid sein kann. Betrachten wir nun, wer der Kranke seiner Constitution, seinem Temperamente, seiner Gesundheit nach ist; sehen wir nach, welche Attribute oder Stigmata irgend einer Erkrankung, der Scrophulose oder der Syphilis insbesondere, er darbietet. Diese Kenntnisse, an dem Individuum selbst erlangt, sind von höchster Wichtigkeit für die Art der Erkrankung.

Haben wir es nun mit einen ausgesprochen scrophulösen Individuum zu thun, das nach seiner Physiognomie, seinem Habitus, den Cervical- und Kieferdrüsen, und allen anderen Eigenschaften nach, scrophulös ist, so haben wir alle Wahrscheinlichkeit, ja man kann sagen fast Gewissheit, dass die strittige Laesion eine scrophulöse ist.

Wenn umgekehrt der Kranke nichts darbietet, was mit Scrophulose übereinstimmt, wenn wir aber andererseits bei ihm Zeichen constatiren, welche als die der hereditären Syphilis bekannt sind, so lassen wir die Scrophulose bei Seite, und die Syphilis allein bleibt uns als die naheliegenste Ursache dieser Erkrankungserscheinung; mit anderen Worten, es ist die grösste Wahrscheinlichkeit, dass die fragliche Laesion ein Syphilid und kein Lupus ist.

Die Frage des Alters der betreffenden Kranken erfordert eine Bemerkung.

Sie finden in allen Lehrbüchern Folgendes geschrieben: Das Alter bildet eine Hauptgrundlage der Differentialdiagnose zwischen Lupus und den knotigen, lupusähnlichen Syphiliden. „In der That ist der Lupus eine Krankheit der Kindheit, der Jugend. Das tuberculöse Syphilid dagegen ist die des reiferen Alters.“

Für die Allgemeinheit der Fälle ist dies im Ganzen richtig, aber absolut falsch für die speciellen Fälle, die uns jetzt beschäftigen. Sie werden mich sofort begreifen.

Allerdings ist es wahr, dass gewöhnlich das gummöse Syphilid

eine Erkrankung des reiferen Alters ist. Aber warum? Weil die Syphilis meist im Alter von 20—30 Jahren acquirirt wird und weil das tuberculöse Syphilid eine ausgesprochene gummöse Erscheinung ist und sich kaum vor 10, 15 oder 20 Jahren oder noch später, also im reifenen Alter zeigt, in einem Alter, das sehr verschieden von dem ist, in dem der Lupus gewöhnlich erscheint.

Bei der hereditären Lues ist die Erscheinung, welche 10, 15, 20 Jahre nach der Geburt auftritt, eine Erscheinung, welche im 10., 15., 20. Lebensjahre, also in der Jugend, im Kindesalter in der Adolescenz erscheint, im nämlichen Alter also, wo auch der Lupus meist vorkommt. Es erscheinen also in der That beide Erkrankungen in derselben Lebensperiode.

Es wäre ein grosser Irrthum, sich auf das Lebensalter zu verlassen, um darnach die Differentialdiagnose zwischen Lupus und tuberculösem Syphilid zu stellen.

5. Nachforschung über die Ascendenten und Geschwister. Wenn selbe möglich ist, so bildet diese Enquête ein wahres diagnostisches Criterium.

Denn wenn die Syphilis bei den Ascendenten oder anderen Kindern derselben Familie bestätigt ist, so wird die syphilitische Art der strittigen Erkrankung beinahe zur absoluten Gewissheit; natürlich ist die Möglichkeit von anderen coincidirenden Krankheiten offen; andererseits werden die Abwesenheit der Syphilis und die Gegenwart der Scrophulose in der Familie der Erkrankten nicht weniger sicher die Diagnose auf Lupus vulgaris hinlenken.

Dies sind, meine Herren, die fünf Hauptangaben, die die rationelle Diagnose bilden, im Gegensatze zu der objectiven Diagnose, die wir an erster Stelle besprochen haben. Ist es nun wohl nothwendig zwischen diesen verschiedenen diagnostischen Thatsachen in Bezug auf ihren Werth eine Parallele zu ziehen? Sicher nicht, denn es ist klar, dass die Kennzeichen, welche wir aus der Constitution, aus der kranken Person selbst, aus vorhergegangenen Krankheiten, der Erblichkeit etc. gewonnen haben, uns viel bessere Gewähr bieten, als diejenigen, die nur aus objectiven Beobachtungen, die ja äusserst veränderlich, ungetreu und oft trügerisch sind, gewonnen werden können. Ohne zu zaudern, können wir behaupten, dass die Indicationen, die uns die rationelle Diagnostik liefert, unendlich viel genauer, formeller und sicherer sind, als die objective Diagnose.

Müssen wir aber nun daraus den Schluss ziehen, dass wir jene letztere aufgeben und ihr gar keinen Werth beilegen sollen? Gewiss nicht. Aus dem Studium im früheren Abschnitt, wissen wir, dass sie einen reellen, einen unleugbaren Werth haben, dass sie manchmal vortrefflich sind, weil sie uns aus sich die Natur der Erkrankung erkennen liessen. Benützen wir daher dieselben in der Weise, in der sie uns nützen können. Zwei Reihen von Kennzeichen bieten sich uns dar, um eine schwierige Diagnose aufzulösen; unterordnen wir die eine der anderen in Bezug auf ihre Wichtigkeit; aber in der Praxis benützen wir die Dienste beider.

Unmöglich ist es nicht, dass der Arzt, nachdem er gewissenhaft diese zwei Reihen von Kennzeichen geprüft hat, nachdem er den Kranken und die Krankheitserscheinung auf das minutiöseste studirt hat, doch nicht zu einer sicheren Diagnose kommt. Besonders in der Spitalpraxis

hat man häufig über den früheren Gesundheitszustand, die Familie, Geschwister etc. des jungen Kranken keine Belege. Was ist also in einem solchen Falle zu thun?

In diesem Punkt ist Jedermann einig. Das was man thun muss, ist die specifische Behandlung ins Werk zu setzen, und empirisch die specifische Behandlung zu versuchen.

Warum? Weil von zwei Sachen eine sich ereignet; entweder ist die Behandlung falsch, oder sie ist richtig.

Setzen wir den Fall, sie sei falsch; nun gut, dann wird sie nur unnütz sein, kann vielleicht sogar nützen. Jodkali schadet bei Lupus vulgaris nicht; und was das Quecksilber, vor dem man eine lächerliche Angst hat, betrifft, so kann ich Sie versichern, dass dasselbe klug und zeitweise angewendet, keinen Nachtheil bringt.

Zweite Möglichkeit: Die Behandlung ist im Gegentheile am richtigen Platz; dann wird sie Wunder thun, in kürzester Zeit die Krankheits-Erscheinungen modificiren und heilen. Nach den früher so oft citirten Beispielen müssen Sie sich nun über diesen Punkt vollkommen im Klaren sein.

Die Vornahme der specifischen Behandlung ist in einem solchen Fall derart angezeigt, dass sie selbst einen diagnostischen Factor bildet. Auf den Zufall hin unter solchen Bedingungen die syphilitische Behandlung einleiten, nennt man: die Diagnose durch die Therapie machen.

Man muss also in zweifelhaften Fällen die specifische Behandlung und muss sie immer vorschreiben.

Man muss aber diese Behandlung vorschreiben illico et larga manu, das heisst, sofort, ohne Verzug, ohne Wanken und zwar in höheren, energischen, ja gewaltsamen Dosen. Denn man muss schnell und fest in der Gattung der Fälle, die wir eben studirten, zugreifen, um den Gummen keine Zeit zu lassen, die Gewebe zu unterminiren und zu zerstören. Die Kranken z. B., deren Gesicht man bei Befolgung obiger Massregeln hätte retten können, sind entstellt worden und haben diese oder jene Difformität, diese Hässlichkeit, Verstümmlungen und Monstrositäten, von denen ich gesprochen habe, weil man ihnen gegenüber von der einzig richtigen Behandlung, welche in einem solchen Fall allein indicirt ist, abgewichen ist. Hat man, ohne eine absolute Sicherheit zu haben, an die Scrophulose glaubend, die specifische Behandlung unterlassen; oder hat man, an die Syphilis glaubend, nicht vom Anfang an eine so energische Behandlung eingeleitet, um die Erscheinungen rasch zu unterdrücken (wie viel Beispiele dieser Art insbesondere habe ich nicht in meinen Notizen!) oder aber ist man auch, nach verschiedenen Zaudern, Herumtasten und Versuchen zu spät eingeschritten: alles dieses ist ein Fehler gegen die Wissenschaft und die Kunst. Bewahren wir uns und unsere Kranken von den traurigen Consequenzen, zu denen diese Fehler führen können.

XVIII.

Affectionen der Schleimhäute.

Die Krankheitserscheinungen, welche wir eben an der Haut studirten, haben ihre Analogien auf gewissen Schleimhäuten.

Die Schleimhäute, an welchen die hereditäre tardive Syphilis am häufigsten ihre Thätigkeit entfaltet, sind in erster Linie die des Schlundes und der Nase.

Seltener treten sie im Munde und im Pharynx, noch viel seltener an den Genitalorganen auf.

Was die krankhaften Veränderungen betrifft, die der Einfluss der hereditären Lues an den verschiedenen Schleimhäuten hervorbringt, so sind sie eine getreue Copie derjenigen, die die acquirirte Syphilis an denselben Stellen hervorbringt. Dies wird mir daher gestatten über den rein symptomatischen Theil des Gegenstandes kurz hinwegzugehen.

Sprechen wir daher über die Laesionen der Nase zuerst, da selbe eine natürliche Folge des vorigen Capitels bilden.

XIX.

Erkrankungen der Nase.

Die Schleimhauterkrankungen der Nase, und die, welche als Folge derselben, das Nasenskelet afficiren, sind bei unseren Kranken ausserordentlich häufig.

Unter 212 Fällen meiner Statistik finden sich 26 dieser Art.

Dies ist eine bekannte Thatsache. Alle Aerzte, welche sich mit dieser Frage beschäftigen, kennen die ausserordentliche Vorliebe, mit der die hereditäre Syphilis die Nase ergreift. Ich will nur Spillmann citiren, der lange Zeit die Syphilis in Algerien studirt hat, und der erklärt, dass er lebhaft erstaunt war von der Häufigkeit der Erkrankung der Nase, durch die hereditäre Syphilis. Er sah bei den Arabern sehr häufig die hereditäre Syphilis im Alter der Adolescenz auftreten; und noch bemerkenswerther ist dies, dass fast immer ein ulcerirendes Syphilid der Nase, begleitet von gummösen Syphiliden, die an den Armen und Schultern sitzen, den Araber bestimmen, die Hilfe des französischen Arztes aufzusuchen.

Es ist auf diese Erkrankung ein grosses Gewicht zu legen. Auf zwei verschiedene Arten können diese Erkrankungen endigen; die eine Art ist vorübergehend, dauert aber oft lange genug: sie besteht in einer abstossenden, ekelhaften, hartnäckigen Erkrankung, die den Namen Ozäna oder Stinknase führt.

Die andere, eine bleibende Erkrankung, resultirt aus der Zerstörung des Nasenskelettes, welche Zerstörungen einen doppelten Effect haben können, nämlich:

1. Das Einsinken der Nase, mit den verschiedenen Difformationen, die dieser Zustand mit sich bringt.

2. Die Perforation der Wände der Nasenhöhlen, oder eine Perforation des Gaumens.

Es ist wohl kaum mehr die Frage aufzuwerfen, ob diese Erkrankungen thatsächlich unter dem Einfluss der hereditären Syphilis entstehen können. Zahlreiche, und ebenso authentische als zahlreiche Beobachtungen bezeugen dies zur Genüge. Ich will die beiden folgenden Fälle als Beispiele citiren.

Es wird mir ein 15-jähriger Knabe durch seine Mutter vorgeführt und auf den ersten Blick erkenne ich jene Nase, welche beinahe cha-

rakteristisch für die Syphilis ist. Das was mich die Mutter ersucht, ist, nicht diese Difformität zu heilen, welche sie ja als irreparabel kennt, sondern sie bittet, den Kranken von dem „scheusslichen Geruch“, der ihm nun seit Jahren anhaftet, welcher dem Patienten nicht allein alle Schulen verschloss, ja sogar alle Lehrlingswerkstätten, in denen man ihn unterbringen wollte, zu befreien.

Ich hatte, das Warum dieser Ozäna zu erkennen, nicht viel Mühe; eine Sonde in die Nasenhöhle eingeführt, liess mich sofort mehrere necrotische Herde erkennen.

Zudem war die Krankengeschichte dieses Knaben eine der klarsten und vollständigsten. Hier ist sie in ein paar Worten. Er stammte von einem syphilitischen Vater und von einer syphilitischen Mutter. Seit seiner ersten Kindheit war er mit Erscheinungen behaftet, welche mehrere Aerzte der Reihe nach als syphilitisch erklärten und als solche mit Erfolg behandelten. — Später war er Augenkrankheiten unterworfen, die lange dauerten, chronisch waren und eine Trübung am linken Auge hinterliessen. Er ist auf einem Ohr im Alter von 5—6 Jahren sehr rasch taub geworden. Er zeigt Missbildungen der Zähne, vorzüglich eine schöne halbmondförmige Einkerbung der mittleren oberen Schneidezähne. Endlich wurde er im Alter von sieben Jahren, wie mir die Mutter erzählte, von einer Art Schnupfen befallen, der seit jener Zeit dauert. Zwei oder drei Jahre später, hat er kleine Knochenstücke durch die Nasenlöcher verloren, und damals bemerkte man auch die Durchlöcherung der Nasenscheidewand. — Nach einiger Zeit, hat sich die Nase gegen die Wurzel hin eingesattelt, wie wenn man sie, nach den Ausspruch der Mutter, mit dem Hammer eingeschlagen hätte. Schon zu jener Zeit verbreitete das Kind einen fötiden Geruch, welcher die Umgebung belästigte. Nach und nach vermehrte sich dieser Geruch, und zwar derart, dass man mit dem Knaben nicht im selben Zimmer bleiben konnte, dass man ihn von seiner Schule heimschickte, dann von anderen Schulen, dann auch aus verschiedenen Werkstätten. Nicht einmal spielen wollen seine Kameraden mit ihm, so übel riecht er, fügte die Mutter traurig hinzu. Tritt man des Morgens in sein Zimmer, so ist es zum Umfallen etc. etc.

Kann man eine vollständigere und klarere Beobachtung, als diese, noch erhalten. Gar nichts fehlt, nicht die Antecedentien der Familie, nicht die eigenen Antecedentien des jungen Kranken, nicht die Diagnose der vorhergegangenen Erkrankungen, nicht die therapeutische Controle.

Ein anderes Beispiel: Ein junges Mädchen zeigt mit 18 Jahren Ulcerationen in der Nase und Knochenerkrankung derselben. Man hält die Scrophulose für die Ursache dieser Erscheinung und unterwirft die Kranke für lange Zeit einer antiscrophulösen Behandlung ohne den mindesten Erfolg. Im Alter von ungefähr 20 Jahren bildet sich eine neue Ulceration der Oberlippe. Man consultirt Maclaren, dem ich diese Beobachtung verdanke. Unser College unterwirft die Kranke einem aufmerksamen Examen, und constatirt ohne Rücksicht auf die recente Ulceration zahlreiche Nekrosen der Nasenhöhle, die die Scheidewand, den Vomer, die Nasenmuscheln, das Siebbein ergriffen haben, ja schon zu einer Perforation des knöchernen Gaumens geführt haben. Durch diese Anzeichen glaubt er den specifischen Charakter in diesem Krankheitsbild zu erkennen. Er untersucht genau in dieser Hinsicht und erhält die Bestätigung seiner Ansicht. Er verschreibt Jodkali. Das Resultat: In weniger als einer

Woche deutliche günstige Veränderung des Geschwüres an der Oberlippe, ein Monat später Vernarbung.[1])

Diese Erkrankungen der Nasenschleimhaut haben verschiedene Localisationen, welche natürlich die Symptome, die Physiognomie und die letzten Consequenzen verändern.

In Bezug auf die Regionen, die sie befallen, haben sie eine objective Symptomatologie oder sie fehlt. Mit anderen Worten, es gibt Stellen, wo man sie sieht, wo man ihre Entwicklung, ihren Fortschritt verfolgen und ihre klinischen Eigenthümlichkeiten analysiren kann; und es gibt hinwiederum solche, die sich beinahe vollständig verbergen.

Sprechen wir über die Ersteren:

I. Diese zeigen auf den Nasenflügeln, der Schleimhaut der Flügel und der Scheidewand, knotige und knotig-ulceröse Syphilide der Haut. Sie bestehen aus kleinen knötchenartigen Erhebungen der Schleimhaut, manchesmal sind die Knötchen in Kreisform angeordnet, öfter aber unregelmässig, körnige oder auch papulöse Erhabenheiten bildend. Da selbe gewöhnlich aneinandergehäuft und zahlreich sind, bilden sie eine Art von excoriirten und ulcerösen Gruppen, oder sie sind unvollständig mit Krusten bedeckt, oder sie sind durch beständiges Berühren und Kratzen lebhaft entzündet. Wenn sie confluirend und nahe der Nasenöffnung sind, so ist es nicht selten, dass man die Nasenlöcher, wenn sie nicht verstopft sind, so doch voll mit gelblichen, braunen oder schwärzlichen Krusten findet, die die Kranken wohl beständig mit ihren Nägeln herausreissen, die sich aber immer neuerdings wieder bilden.

In dieser Form geben sie Ursachen zu häufigen Irrthümern, oder besser gesagt, sie verursachen häufig ein und denselben Irrthum. Man hält sie für Kinderausschläge, für Eczem, Impetigo. Ich kenne mehr als 10 Fälle, die man verkannt hat, ein Vorkommen, welches den Kranken einen Theil der Nase kostete. Um Ihrem Gedächtniss ein Beispiel zu hinterlassen, citire ich Ihnen folgenden Fall:

Ein Mädchen von 12 Jahren litt seit 11 Monaten an einem angeblichen scrophulösen Eczem der Nase. Vergeblich hatte man seit dieser Zeit das gewöhnliche Arsenal der scrophulösen Behandlung angewendet; vergebens liess man die Kranke eine lange Cur in einem Soolenbad machen, um die sogenannte scrophulöse Diathese zu verbessern. Die Erkrankung bestand fort, nahm zu, zerstörte selbst einen Nasenflügel. Endlich consultirte man einen unserer Collegen der einen diagnostischen Irrthum vermuthend, mir die Ehre erwies, mich zur Consultation beizuziehen. Nachdem wir unsere Erkundigungen eingezogen, sahen wir, dass wir es augenscheinlich mit einem Fall von hereditärer Syphilis zu thun hatten, die sowohl durch die Antecedentien der Familie, als auch durch verschiedene frühere Erscheinungen, welche die kleine Kranke in ihrer Kindheit gehabt hatte, bestätigt wurde.

Es ist unnöthig zu sagen, dass die specifische Behandlung sofort vorgeschrieben wurde, und unnöthig hinzuzufügen, dass sie in 3 Wochen das bewirkte, was die antiscrophulöse Behandlung nicht in 11 Monaten bewirken konnte, die Heilung der Erkrankung der Nase.

Anstatt des scrophulösen Eczems war es ein Syphilid, und ein hereditäres Syphilid, an welchem dieses Kind litt.

Sie werden mir jetzt, meine Herren, sagen, dass ich immer dieselbe

[1]) V. Edinburgh med. Journal Februar 1883, pag. 732.

Sache wiederhole, denn wie oft habe ich Ihnen schon Irrthümer dieser Art erzählt. Aber bedenken Sie, dies ist die Basis, die Essenz des zu behandelnden Gegenstandes. Die Geschichte der späten, hereditären Syphilis ist zum grössten Theil, die Geschichte der Irrthümer, die eine Anzahl von Fällen früher der Scrophulose zugetheilt haben.[1]) Darum also finden wir so oft dieses Verkennen der syphilitischen Erkrankungen, die immer der Scrophulose in die Schuhe geschoben werden, in jedem der Paragraphe, die diese Auseinandersetzung bilden; ich fühle aber die Verpflichtung, immer und immer wieder auf diesen Irrthum aufmerksam zu machen.

Diese specifischen Erkrankungen der Schleimhaut der Nase gehen, wenn sie nicht auf die einzige, richtige Art und Weise behandelt werden, denselben Weg wie die gummösen Syphilide der Haut, und haben ganz ähnliche Folgen. Vom Hause aus höchst destructiv, verursachen sie Ulcerationen, tiefe Zerstörungen der Gewebe; sie legen die knöchernen oder knorpeligen Scheidewände bloss; endlich bringen sie Substanzverluste, Verstümmelungen, Perforationen hervor etc.

So ist z. B. eines ihrer gewöhnlichsten Resultate: die Perforation der Nasenscheidewand. Nichts ist bei unseren Hereditärsyphilitischen häufiger zu constatiren als Substanzverluste des Septums, welche von einer Nasenhöhle zur andern förmliche Fenster bilden.

Diese Perforationen betreffen sehr oft den Knorpel der Scheidewand; manchesmal breiten sie sich nach hinten aus, das Pflugschaarbein in verschiedener Ausdehnung afficirend.

Diese Perforationen haben alle möglichen Formen und Durchmesser. Manchesmal beschränkt sich die Perforation auf die Dimension einer Linse bis zur Grösse eines Zwanzigcentimes-Stückes; anderemale erreicht sie die Form und Grösse eines Mandel- oder Aprikosenkernes. Seltener überschreitet sie diese Ausdehnung, wie in den Fällen, wo man die Scheidewand bei nahe ganz zerstört findet, selbst sogar in der Weise, dass man keine Reste derselben mehr vorfindet.

Wie bei der acquirirten Syphilis, entstehen und bestehen diese Perforationen ohne Schmerz und ohne physikalische Störungen, so, dass die Patienten gar nichts von ihnen wissen. Oft setzen Sie viele Ihrer Patienten mit der Eröffnung in Erstaunen, dass ihre Nasenscheidewand da und dort durchlöchert ist.

Allerdings gibt es nichts einfacheres als diese Perforationen zu constatiren. Sehr oft sieht man sie beim ersten Blick, wenn man sich die Mühe nimmt, sie zu suchen. Wenn man sie nicht sieht, lässt sie die Untersuchung mit der Sonde leicht finden. — Besser ist es noch, wenn sie folgende Procedur anwenden: Werfen sie schief einen Lichtstrahl in eines der Nasenlöcher und betrachten sie die Scheidewand durch das andere Nasenloch. Die mindeste Perforation wird sich sofort durch ein lichtes Fenster verrathen.

Unter anderen Umständen schreitet die Zerstörung auf den Nasenflügel vor, welchen sie von innen nach aussen zerstört. Als Endresultat beobachtet man eine seitliche Einkerbung, die auf Kosten des Nasenflügels entsteht, und zwar in einer verschiedenen Höhe. Manchesmal

[1]) Siehe die excellente Abhandlung von Chaboux, Ueber gewisse Erkrankungen der Regio-nasopharyngea, die man auf Syphilis zurückführen muss, Paris 1873, in der sich dieselben Ansichten, nach den Erfahrungen Horand's (Lyon) vertreten finden.

ist der ganze Flügel verschwunden, und in diesem Falle findet man die Nase auf einer Seite weit offen.

Anderemale ist es der untere Theil der Scheidewand, der zerstört wird. Er ist unterminirt, angefressen, theilweise oder total zerstört, und dann verschmelzen die beiden Nasenlöcher in eine dreieckige Oeffnung, die weit und klaffend ist, und die thatsächlich ein gleichschenkliges Dreieck mit der Basis nach hinten bildet. Gleichzeitig bildet das, was von der Nasenspitze noch besteht, eine gekrümmte und hackenförmige Klappe, welche uns sehr an die Form eines Papageischnabels erinnert.

Nun ist es endlich auch möglich, dass die Scheidewand, ihr unterer Theil und der eine Nasenflügel oder beide zugleich nach und nach afficirt, und in verschiedenen Graden verstümmelt werden. Wir haben hier ein Beispiel an einem jungen Mann, der den ganzen unteren Theil der Nase eingebüsst hat, so dass dieser schiefe Nasenstumpf einen sehr fremdartigen Anblick gewährt.

Genug nun über die, dem Gesichte zugänglichen, d. h. über die Laesionen, welche das äussere Ende der Nase betreffen. Wir kommen nun zu tieferen Erkrankungen.

II. Diese sind vom klinischen Standpunkte aus, durch zwei folgende Charaktere bemerkenswerth.

1. Heimtückische Entwicklung.

2. Seltsame Evolution; bei ganz unbedeutender Einleitung die schwersten Folgen, Folgen, die sich plötzlich, in einer ganz unerwarteten Weise demaskiren, wie Sie sofort sehen werden.

Diese Erkrankungen setzen sich anfänglich auf die heimtückischste Weise der Welt, ohne Schmerz, ohne locale Störung und Reaction in den Nasenhöhlen fest, so dass sie für eine kürzere oder längere Zeit latent und unbemerkt, besser gesagt, nicht bemerkt, gefühlt und unbeachtet bleiben. Keinerlei objective Symptome sind wahrzunehmen. Gar nichts, was von dem Kranken oder seiner Umgebung wahrgenommen werden könnte! Alles geht in der Ferne, alles geht, wenn ich so sagen kann, ausser dem Gesichtskreise vor sich; und das, was vor sich geht, besteht in einzelnen Erscheinungen, welche wohl für den Arzt eine alarmirende Bedeutung haben, die aber von der übrigen Umgebung nicht erfasst werden. So dass also diese Erkrankungen, wie ich nochmal wiederhole, in der ersten Zeit fast immer nicht erkannt werden.

Diese erste Periode, verräth sich in der That nur durch folgende Symptome: Coryza, von einer langsamen, schmerzlosen und chronischen Form. Erscheinungen des Verstopftseins der Nase, nämlich: Stockschnupfen; grössere oder geringere Verhinderung für die Passage der Luft durch die Nasenhöhlen; Respiration vorzüglich durch den Mund; offener Mund während des Schlafens; Ausschneuzen von seröspurulenten Stoffen, die manchmal blutig gestriemt sind, Verminderung und Unterdrückung des Geruches etc. Und dies ist meist Alles.

Solche Erscheinungen nun, welche die eines gewöhnlichen Schnupfens nicht überschreiten, die ja selbst nicht einmal dessen anfängliche Heftigkeit haben, sind nicht dazu angethan, wie Sie wohl begreifen, die Kranken in Aufregung zu versetzen; derart, dass man gewöhnlich die Dinge gehen lässt, ohne daran zu denken einen Arzt zu fragen; derart, dass der Arzt, wenn er zufällig darüber consultirt wird, sehr leicht die

Art und die Schwere der Ereignisse, die sich vorbereiten, übersehen kann, wenn er nicht von dem Vorangegangenen Kenntniss hat. Er wird glauben, es sei entweder eine gewöhnliche Coryza, die durch äussere Einflüsse unterhalten wird oder durch einen organischen Fehler, oder was am häufigsten ist, (und immer wieder derselbe Irrthum), er wird glauben eine chronische Coryza, scrophulösen Ursprungs vor sich zu haben.

Wie dem auch sei, die Dinge bleiben so, wie sie sind, für einige Zeit, im Minimum mehrere Monate lang, und selbst noch länger.

Da tritt ein neues Symptom auf die Scene. Der Patient fängt an einen schlechten Geruch zu verbreiten, und dieser Geruch rührt von der Athmung aus der Nase; er kommt von der Nase. Er ist anfänglich leicht, fade, nur unangenehm. Bald aber wird er intensiver, stark, fötid, von einer abstossenden Fötidität, die einen an den Geruch „eines stinkenden Fisches" oder an in Zersetzung begriffenen Thierstoffe erinnert; es ist ein Aasgeruch, nach dem, bei den Eltern und der Umgebung des Kranken, gangbaren Ausdruck.

Nun aber wird man unruhig. Man consultirt einen Arzt, aber zu spät. — Er entdeckt, indem er nach der Ursache dieser Ozöna sucht, beim Einführen der Sonde in die Nasenhöhle eine Sache, die nicht mehr zu heilen ist; er entdeckt eine Nekrose, das will sagen ein abgeschlossenes, definitives Resultat, einen localen Tod, ein Sphacelus im Knochen, der sich von den lebenden Theilen ablösen und herausfallen kann.

Was ist nun diese Nekrose, und welche Knochen befällt sie? Es herrscht da eine grosse Mannigfaltigkeit, was den Sitz und die Ausdehnung der Erkrankung betrifft.

Vor Allem werden die Nasenmuscheln, das Pflugschaar- und das Siebbein (in seiner perpendiculären Lamelle oder auch in seinen seitlichen Antheilen) befallen. — Seltener betrifft die Erkrankung die Knochen der Nase selbst, oder den Kieferknochen, der die Seitenwand der Nasenhöhle bildet. Sehr selten ergreift sie die aufsteigende Apophyse des Kiefers.

Manchmal ist die Nekrose beschränkt, umschrieben von der Grösse einer Linse oder Mandel. In anderen Fällen ist sie mehr ausgedehnt, sie geht auf einen ganzen Knochen über, ja selbst auf mehrere benachbarte. Es gibt Kranke, bei welchen man grosse Theile der Nasenhöhle absolut entblösst findet, und dann stösst die Sonde nach allen Seiten an knöcherne Wände, die ganz ihrer Schleimhaut beraubt sind, gleichsam als würde die Sonde in den Nasenhöhlen eines Skelettes herumbewegt.

Sind die Dinge auf diesen Punkt angelangt, so ist die Folge diejenige, welche das Gesammtbild jeder Nekrose der Nasenhöhle begleitet: Es bildet sich nämlich eine eliminirende Entzündung um die dem Tode verfallenen Knochen; von Zeit zu Zeit zeigt sich ein Abgang von Sequestern, welche durch Schneuzen herausbefördert werden, oder manchmal, in den Pharinx fallen und durch Aushusten entfernt werden. Selbstverständlich bleibt die Ozöna während dieser ganzen Zeit, bis die Sequester vollständig entfernt sind, bestehen, was immer sehr lang, nicht nur Monate, ja Jahre lang dauert; und schliesslich, als letzte Erscheinung erfolgt eine grössere oder geringere Zerstörung des Nasenskelettes, mit den verschiedenen Folgen, welche daraus resultiren. (Perforation, Einsinken der Nase, verschiedene Difformitäten etc.)

Sie sehen also, meine Herren, dass zwei sehr verschiedene Perioden dieses ganze Krankheitsbild zusammensetzen.

Das eine, erste, welches in nichts das Schwere, Ernste ahnen lässt, welches keine Unruhe erweckt, welches in Nichts den Patienten die bevorstehenden drohenden Gefahren vermuthen lässt; und das andere, zweite, welches sich sofort, plötzlich beim Beginn, durch ein hässliches, aufregendes Symptom bemerkbar macht, die Ozöna, und welches dann mit der Zerstörung der Nasenwände, woher auch unwiderherstellbare Difformitäten des Gesichtes kommen können, endet.

Stets sind die Kranken oder die Eltern ungeheuer erstaunt und niedergeschlagen über das plötzliche Hereinbrechen dieser schweren Zufälle, welche in Folge leichter, verkannter oder nicht erkannter Symptome entstehen. Dass eine ekelhafte Erkrankung, wie die Ozöna, ein Einsinken der Nase oder eine Perforation des Gaumens, einem e i n f a c h e n S c h n u p f e n folgt, das ist es, was sie in Erstaunen setzt, und dass zum unveränderlichen Thema ihrer späteren Klagen gehört.

In der Praxis ist die Scene immer dieselbe, und da ich dieselbe schon oft mitgemacht, so kann ich sie Ihnen treu nach der Natur darstellen.

In zwei Worten ist sie folgende: Trostlose, bekümmerte Eltern führen Ihnen ihr Kind zu, dessen Nase sich einzusenken beginnt, und von Tag zu Tag mehr missgestaltet wird. „Es ist unglaublich, man kann es sich nicht vorstellen, unser Kind hatte vor einigen Tagen noch gar nichts, sagen sie, und jetzt ist es gänzlich entstellt. Seine Nase ist abgeplattet, wie Sie sehen, und dies hat sich auf einmal, plötzlich ereignet, in einem Moment, wo wir das gar nicht erwarteten.“ „Aber,“ werden Sie Ihnen entgegnen, „Ihr Kind hat gewiss schon einige Zeit hindurch durch die Nase einen schlechten Geruch von sich gegeben?“ „Das ist wahr, und das beunruhigte uns auch sehr. Aber da das Kind sich wohl befand, da es sich nicht beklagte, und an nichts litt, haben wir uns über diesen Geruch nicht beunruhigt. Wir dachten, diese Sache würde von selber vergehen, mit dem Alter, dem Wachsthum, dem Eintritt der Regeln.“ „Aber,“ fügen Sie weiter hinzu, „selbst vor dem Erscheinen dieses Geruches, muss Ihr Kind die Nase verstopft gehabt haben, muss es mit offenem Munde geschlafen haben, musste sich gewiss oft, und manchmal blutig schneuzen?“ „Das ist alles wahr, Herr Doctor, aber wir dachten, dass das Kind einfach einen Schnupfen habe, und dann waren ja das Ganze lauter Kleinigkeiten.“

Kleinigkeiten! Hier haben Sie das Wort der Situation, in dem sich der erstaunende Contrast der zwei Phasen der Erkrankung zusammenfassen lässt, und den ich noch einmal wiederhole: Erste Phase mit leichten, gutartigen, unbedeutenden Symptomen, die meistens unbegriffen bleiben; und eine zweite mit schweren, wichtigen, irreparablen, trostlosen Symptomen, welche sich rasch, ja sogar plötzlich entwickeln.

Was sind nun das für Läsionen? Sie kennen dieselben schon aus dem Vorhergehenden und habe ich nur einige Details über ihren Sitz, ihre Ausdehnung, den mechanischen Vorgang und die functionellen Störungen, die sie hervorrufen, hinzuzufügen.

Wir können Eingangs schon erwähnen, dass zum Glück alle diese nasalen Laesionen nicht immer mit Difformitäten der Nase endigen, und dies aus ganz einfachen Gründen, die sie leicht einsehen werden.

Einerseits können diese Laesionen von sehr geringer Ausdehnung und ganz oberflächlich sein und ziehen daher oft keine Entstellung nach sich; andererseits bleiben manche in Hinsicht auf ihren Sitz für die Architectur der Nase (um dieses Wort zu gebrauchen) unschädlich. Z. B. wenn die Nasenmuscheln durch Nekrose zerstört sind, so macht das einen leeren Raum in der Nase und sonst nichts. Ebenso bringt die Zerstörung der seitlichen Massen des Siebbeines keine ernstliche Entstellung. Die Perforation der knorpeligen oder knöchernen Nasenscheidewand macht ein offenes Fenster zwischen beiden Nasenhöhlen, aber was macht es? Es ist dies kein grosser Schaden etc.

Im Gegentheil aber, wenn der angegriffene und zerstörte Knochen einerseits als Balken, Pfeiler und Stütze der äusseren weichen Theile dient, oder wenn er andererseits ein solcher ist, der die Nase von der Mundhöhle trennt, dann ist es eine andere Sache. Dann, wenn ein solcher Pfeiler zu Grunde geht, so geschieht mit den weichen Theilen das, was einem Dach, dessen Zimmerwerk zerstört ist, geschieht; ist dieses Septum geöffnet, so hat man eine Communication zwischen der Nasenhöhle und dem Munde.

Drei Typen sind die gewöhnlichen Folgen der Erkrankungen, die uns eben beschäftigen, und die ich Ihnen umsomehr genau beschreibe, weil alle 3 das wirkliche Gepräge der Specifität an sich tragen; sie sind:

1. Das Einbrechen der Basis der Nase.
2. Das Einsinken und Zurückweichen des unteren Theiles der Nase.
3. Die Perforation des Gaumens.

Einige Worte über jede dieser Typen.

1. Das Einbrechen der Basis der Nase. Die Basis der Nase wird durch die Knochen der Nase gebildet und aufrechterhalten. Wenn diese Knochen nekrotisch eliminirt werden, so verschwindet mit ihnen das Gebälk der Nase. Die weichen Theile der Nase, die ihrer Stütze beraubt sind, sinken nun ein, brechen thatsächlich zusammen wie ein Dach, welches beim Weichen und Zerfall seiner Zimmerung sich biegt und in sich zusammenfällt, wie ich früher schon den Vergleich anstellte. Unter diesen Bedingungen bildet sich nun eine wahre Einsenkung an der Nasenwurzel unmittelbar unter den Stirnbeinfortsatz heraus, und diese Einsenkung zeigt sich durch Einbiegung, Aushöhlung, wie wenn die Basis der Nase durch einen Hammerschlag eingeschlagen worden wäre. (Siehe Fig. 2.)

Das ist aber nicht alles: Indem die äusseren Tegumente der Nase sich in den leeren Raum unter ihnen nachsenken, ziehen und zerren sie die untere Partie der Nase mit sich, und dieser untere Theil biegt sich nun von unten nach oben, so dass sich die Spitze der Nase erhebt, sich nach auf- und rückwärts stülpt, und dass die Nasenlöcher von ihrer gewöhnlichen horizontalen Stellung in eine andere, leicht schief nach aufwärts und vorwärts, übergehen.

Es ist dies ein fremdartiger und zugleich eigenthümlicher Anblick, den ich mich schon früher bestrebt habe, Ihnen als eines der Zeichen, welche die Syphilis der Physiognomie ihrer Opfer aufzudrücken pflegt, zu beschreiben; ein Anblick, der durch diese 3 vereinigten Ursachen hervorgebracht wird, nämlich: Zerstörung der Basis der Nase, Aufstülpung der Nasenspitze und Veränderung der Richtung der Nasenlöcher.

Dieser Anblick kommt nun von dem Schwunde der Nasenknochen

her. Nachdem nun die Nekrose der Nasenknochen beinahe eine ausschliesslich syphilitische Erkrankung ist, so folgt daraus natürlich, dass die in Frage stehende Laesion beinahe ausschliesslich der Syphilis zukommt. Diese Difformität gibt also für das Gesicht eine Art Certificat der Syphilis, geradeso wie für die hereditäre, als wie für die acquirirte Syphilis.

In einigen viel selteneren Fällen, in denen die seitlichen Nasenknorpel zu derselben Zeit wie die Knochen der Nase selbst zerstört worden sind, ist die geschilderte Difformität noch augenfälliger. Der Nasenrücken senkt sich dann beinahe in seiner ganzen Ausdehnung ein, vom Stirnbeinfortsatz an bis zur Nasenspitze, und ist durch eine gekrümmte Halbfläche mit vorderer Convexität ersetzt; zum Schlusse ist der ganze Vorsprung der Nase nur mehr durch die stark nach ein- und aufwärts gekrümmte Nasenspitze angedeutet und die ganze Physiognomie gewinnt einen ausserordentlich grotesken Anblick.

2. Einsinken und Zurückweichen der unteren Partie der Nase. Dieser zweite Typus ist hervorgebracht durch die Zerstörung des unteren Segmentes der Nase.

Sie wissen, dass der Theil der Nase, der unterhalb der Nasenbeine gelegen ist, als hauptsächlichste Stütze zwei Knorpel (die seitlichen Knorpel genannt) hat, welche von der Scheidewand abgehend, sich in sich selbst zurückbiegen, um das zu bilden, was man den Nasenrücken nennt. Ebenso wissen Sie, dass dieser knorpelige Theil in der Stellung, die er hat, durch den Scheidewandknorpel aufrechterhalten wird, der von Sappey der Schlussstein, der das ganze Gebäude stützt, genannt wird. Dieser Knorpel dient also als Stützbalken für das nach zwei Seiten abfallende Dach, dass die Nase darstellt.

Was geschieht nun, wenn der Nasenscheidewandknorpel zerstört wird? Das, was einer Wölbung geschieht, die nicht mehr gestützt wird. Diese Wölbung stürzt ein. Geradeso sinkt die knorpelige Wölbung der Nase ein, sie bricht ein und das ganze untere Segment der Nase wird nach rückwärts gezogen und muss dem natürlichen Zug nach hinten folgen.

Dieser Theil der Nase, welcher diese Rückwärtsbewegung machen muss, wird aber nicht in seiner Form geändert, was ich festzuhalten bitte. Die Form bleibt ganz dieselbe, es hat sich nur die Stellung geändert.

Es sind daher nach der äusseren Stellung zwei Folgeerscheinungen zu bemerken:

1. Das Profil der Nase zeigt eine gebrochene Linie; der Biegungswinkel befindet sich gerade unterhalb der eigentlichen Nasenknochen.

2. Bezeichnet ein mehr oder weniger vorspringender Hautwulst die Linie, in deren Verlauf diese Einstülpung des unteren Nasentheiles in den oberen vor sich gegangen ist. (Siehe Fig. 3.)

In der That ist es eine Art Einstülpung, welche die Entstellung der Nase, die wir besprechen, hervorbringt, und die Probe davon ist, dass, wenn man die Einstülpung zu beseitigen trachtet, man die Theile in ihre frühere Stellung und ihre normale Form bringen kann. Es genügt dazu die Spitze der Nase nach vorwärts zu ziehen; sofort gleicht sich die gebrochene Linie der Nase aus, der Hautwulst verschwindet, die Difformität ist corrigirt.

Es ist unnöthig länger bei dieser eigenthümlichen Entstellung zu verweilen, die Sie ja aus dem Vorangegangenen kennen, und die ich Ihnen unter dem Namen „nez en lorgnette“ beschrieben habe.

„Le nez en lorgnette“ ist das äussere Zeichen der inneren Zerstörung, die durch die Zerstörung der Nasenscheidewand hervorgebracht wurde. Da nun die Zerstörung der Nasenscheidewand in der ungeheuren Mehrzahl der Fälle die Syphilis zur Ursache hat, so folgt daraus natürlich, dass die Entstellung, die darauf folgt, beinahe ein sicheres Kennzeichen der Syphilis ist. — Dies rechtfertigt auch die Wichtigkeit, die wir dieser Difformität der Nase beigelegt haben, als wir im ersten Theil dieser Abhandlung den verschiedenen Eigenthümlichkeiten, welche uns zu einer retrospectiven Diagnose der hereditären tardiven Syphilis helfen konnten, nachforschten.

3. Perforationen des Gaumens. Eine dritte Folge, die bei intranasalen Erkrankungen vorkommt, ist die Perforation des Gaumens.

Der Mechanismus dieser Perforationen ist sehr einfach.

Häufig wird in Folge von tuberculo-ulcerösen Syphiliden oder von gummösen Periostitiden der Wände der Nasenhöhle, ein grösseres oder kleineres Segment von Schleimhaut entblösst und nekrotisirt. Es folgt dann eine periphere, eliminirende Phlegmasie, wie nach jeder Nekrose. Es entsteht dann ein Abscess unter der Schleimhaut, welche die innere Fläche des Nasenknochens auskleidet. Dieser Abscess verräth sich im Munde unter der Form eines kugeligen Tumors von der Grösse eines Kirschkerns, bis zu der einer Haselnuss. In einem gegebenen Moment eröffnet er sich von selbst oder wird von der Hand des Chirurgen eröffnet. Seine Oeffnung erweitert sich bald durch excentrische Ulceration, und alsbald erscheint ein Theil des nekrotisirten Segmentes in der Wölbung des Gaumens blossgelegt.

Die Dinge bleiben während einer ziemlich langen Zeit, ohne andere functionelle Störungen in diesem Zustand. Endlich löst sich das nekrotisirte Segment ab und fällt heraus, und es entsteht zum grossen Erstaunen des Kranken eine mehr oder weniger ausgedehnte Perforation des Gaumens, diese bedingt grössere Beschwerden als ihre nothwendige Folge: „Veränderung der Stimme und Rückfluss der in den Mund gebrachten Nahrungsmitteln oder Flüssigkeiten in die Nase.“

Diese Perforation sitzt beinahe immer im Niveau oder der unmittelbaren Umgebung der Medianlinie, d. h. sie entsteht gewöhnlich aus der theilweisen Necrose entweder eines oder beider Kieferknochen oder des Vomer, an den Stellen ihrer Convergenz.

Was ihre Dimension betrifft, so ist selbe sehr verschieden; manchmal ist sie so enge, dass sie kaum eine Sonde durchlässt; öfter breit wie ein Zwanzigcentimes-Stück oder von der Grösse einer Mandel; manchmal auch, aber selten, noch ausgedehnter und $^1/_3$ oder die Hälfte der Gaumenwölbung umfassend. Es gibt auch Fälle, die allerdings Ausnahmen sind, wo beinahe das ganze Gaumendach zerstört ist.

Endlich ist sie gewöhnlich oval und in der grossen Axe von vorn nach hinten gelegen.

Was die anderen Merkmale dieser Perforation betrifft, so will ich sie mit Stillschweigen übergehen, da ich die Grenzen unseres Specialgegenstandes, dessen Studie wir verfolgen, nicht überschreiten will.

Zwei Bemerkungen sollen diesen Paragraph schliessen.

Man glaubt im Allgemeinen, dass die Perforation des knöchernen Gaumens in der Syphilis vom Munde gegen die Nase vor sich geht. Aber nach meiner Ansicht ist dies ein Irrthum, denn diese Perforationen gehen im Gegentheile meist von oben nach unten, von der Nase gegen den Mund zu, vor sich; sie sind am häufigsten die Folgen von Laesionen, welche sich in den Nasenhöhlen gebildet haben. Dies ist meine Ansicht, die aus meiner persönlichen Erfahrung resultirt.

Wie dem auch sei, ein noch wichtigerer Punkt ist hier zu erwähnen, das ist der, dass die Perforationen des knöchernen Gaumens fast immer die Syphilis als Ursache haben, wie ich Ihnen sofort durch Beispiele zeigen werde. Nachdem was ich gesehen habe, stelle ich die Thatsache fest, dass 19 unter 20 solchen Fällen an syphilitischen Subjecten vorkommen und dass sie das Resultat von syphilitischen Erkrankungen sind.

Es erübrigt noch eine letzte Betrachtung in Beziehung auf den Gegenstand, den wir jetzt studiren, zu machen.

Ich werde Sie gewiss nicht in Erstaunen setzen, wenn ich Ihnen sage, dass diese Erkrankungen lange Zeit hindurch und auch noch in unseren Tagen der Scrophulose zugeschrieben werden.

Es ist dies in der That wirklich ein Gemeinplatz, zu dem ich immer wieder bei jeder Krankheitsbenennung, die ich Ihnen als den möglichen Ausdruck einer hereditären, tardiven Syphilis beschrieb, zurückzukehren genöthigt bin. Alle chronischen Laesionen der Kindheit und der Jugend sind der Scrophulose zugeschrieben worden und die der Schleimhäute der Nase entgingen demselben Schicksale nicht. Diese aber sind ebensowenig scrophulöser Natur als viele andere, von denen ich Ihnen früher gesprochen habe.

Eine ganze Reihe von Gründen beweisen, dass diese Laesionen nicht als scrophulöse aufgefasst werden können.

1. Findet man sie häufig bei nicht scrophulösen Personen, die niemals die geringste scrophulöse Erscheinung gezeigt haben, entwickelt.

2. Ist es im Gegentheil die Regel, dass man sie an syphilitischen Individuen findet, die durch ihre eigenen Antecedentien, durch die Zeichen, die sie an sich tragen, sowie auch durch ihre erblichen Antecedentien syphilitisch sind. Alles dies würde langweilige Wiederholungen verlangen, die mir überflüssig erscheinen und die ich Ihnen ersparen will. Aber es gibt Erwägungen einer anderen Art, auf welche vielleicht die Diagnose des Ursprunges dieser Zufälle aufgebaut werden kann, und die uns jetzt beschäftigen müssen, da ich noch keine Gelegenheit hatte, darüber zu sprechen.

Nämlich:

1. Es ist zwischen der Syphilis und der Scrophulose in Bezug auf ihr Vorkommen an der Nasenschleimhaut ein beträchtliches Missverhältnis insoweit es die Häufigkeit ihres Vorkommens betrifft. Ganz gewiss kann die Scrophulose die Schleimhaut ergreifen und man hat mit allem Recht einen Lupus der Nasenschleimhaut beschrieben. Aber ebenso sicher ist, dass sie sich auf der Schleimhaut selten zeigt, ja sehr selten im Vergleich zur Syphilis und vorzüglich der hereditären Syphilis, für welche die Region der Nase ein Lieblingssitz ist. Erinnern Sie sich nur an die ausserordentliche Häufigkeit der purulenten Coryza bei den syphilitischen

Neugeborenen. Ueberdies kommen die intranasalen Erscheinungen der hereditären Syphilis bei etwas vorgerückterem Alter auch überaus häufig vor.

Wenn Sie zudem, meine Herren, selbst urtheilen und auf unserer Spitalabtheilung von St. Louis, wo Fälle derart in Ueberfluss vorhanden sind, 20 Fälle von Nasenerkrankungen heraussuchen, so werden Sie sicher 15 oder 16 Fälle finden, die deutlich syphilitischen Ursprunges sind, gegen 4 oder 5 scrophulöser oder zweifelhafter Abstammung

2. Es existirt zwischen der Scrophulose und der Syphilis ein örtlicher Unterschied, der durch die Localisation der intranasalen Erkrankung zum Ausdruck kommt.

Wenn die Scrophulose in die Nasenhöhle übergeht, so beschränkt sie sich beinahe immer auf deren vorderes Segment, das heisst auf den cartilaginösen Theil. Sie bleibt an der Nase, und setzt sich viel öfter dort fest, als dass sie sich weiter verbreitet und in die Tiefen der Nasenhöhlen weiterschreitet.

Wo findet man den Lupus in den Nasenhöhlen? Auf der Schleimhaut der Nasenflügel, auf dem unteren Theil und der Scheidewand selbst, manchmal noch auf der Nasenschleimhaut des Kiefers, während er sehr selten anderswo, in den mittleren, oberen oder hinteren Partien der Nase vorkommt.

Die Syphilis dagegen hat in den Nasenhöhlen eine viel grössere Verbreitung. Sie sind ihre Hauptdomäne, und sie setzt sich da überall fest.

Sie afficirt ebenso die obersten Partien (die der eigentlichen Knochen und des Siebbeines) und die hintersten (die des Keilbeines und des Gaumens), sowie auch die vorderen oder eigentlichen Nasenpartien. Man findet sie überall da, jedenfalls viel häufiger, als die Scrophulose.

3. Die Scrophulose afficirt nur selten das Skelet der Nasenhöhlen, während die Syphilis dies mit einer ausserordentlichen Häufigkeit thut.

Ich weiss wohl, dass man zahlreiche Beobachtungen, vorzüglich bei Autoren einer früheren Zeit, findet, die den ersten Theil obiger Behauptung widersprechen, aber vergessen Sie dabei nicht, dass man in den früheren Jahren alle Erkrankungen der Nase des jugendlichen Alters pêlemêle zur Scrophulose geworfen hat, und dass eine Anzahl von Nasenerkrankungen, die bis jetzt unter den Namen von scrophulösen Erkrankungen geführt worden sind, jetzt mit allem Recht der Syphilis zugeschrieben werden. Jedenfalls hat die Häufigkeit der Scrophulose der knöchernen Nasenhöhlen, seitdem man die Dinge genau betrachtet hat, sehr abgenommen.

Hebra z. B. sagt, dass er niemals gesehen habe, dass der Lupus mit einer Nekrose des Pflugschaarbeines geendet habe. [1])

Kaposi generalisirt diese erste ausgezeichnete Beobachtung, indem

[1]) Ich erinnere mich nicht, in Folge des Lupus eine fortschreitende Entzündung des submucösen Gewebes bis zur Caries und Nekrose des Gaumens, und eine Perforation, die eine Verbindung zwischen Nase und Mund herstellte, gesehen zu haben. Ebenso habe ich keine Nekrose des Vomers in Folge des Schleimhautlupus der Nase gesehen. Man findet auch meines Wissens, bei anderen Autoren von einem ähnlichen Ausgang des Lupus keine Erwähnung. (Hautkrankheiten, französische Ausgabe durch Dr. Doyon t. II, p. 446.)

er erklärt, niemals die Zerstörung der knöchernen Nase durch Lupus gesehen zu haben. Auch ich habe seit langer Zeit dieselbe Beobachtung gemacht, und bin in der Fortsetzung meiner Nachforschungen zu folgendem Schluss gekommen: Die Scrophulose der knöchernen Nase ist wohl unleugbar, aber selten. Man sieht wohl manchesmal den Lupus den Vomer, die Nasenmuscheln oder die Kieferknochen ergreifen, aber gewöhnlich beschränkt er sich darauf, sich oberflächlich auszubreiten ohne Verwüstungen in der Tiefe anzurichten. Niemals verursacht er in den Nasenhöhlen diese grossen Zerstörungen, diese weitläufigen Nekrosen, wie sie so oft die Syphilis hervorbringt. Welcher Gegensatz zwischen Scrophulose und Syphilis, welche letztere so häufig nekrosirend in den Nasenhöhlen auftritt, welche so häufig in Entblössung und nachträgliche Zerstörung aller Nasenknochen ohne Ausnahme (Siebbein, Vomer, Muscheln, Kiefer- und Gaumenknochen) endet, welche so häufig mehrere zugleich oder nach und nach ergreift, manchesmal sogar die Nasenhöhlen verödet, indem sie überall Ulcerationen setzt, denen die Nekrose des mittleren Septum und der Seitenwände folgt!

4. Daher weisen nun auch die Difformationen der Nase und die naso-palatinen Perforationen vielmehr auf die Syphilis, als auf die Scrophulose hin.

Wir können dies, da uns die klinische Beobachtung dazu autorisirt, genauer beleuchten.

I. Das Einsinken der Nasenwurzel ist eine Erscheinung, welche beinahe ausschliesslich der Syphilis zukommt; ich will sogar nach meinen eigenen Beobachtungen sagen, ganz ausschliesslich.

II. Das Einsinken des cartilaginösen Theiles der Nase mit Zurückziehen und Einstülpung des unteren Theiles der Nase, lässt mich beinahe sicher die Syphilis erkennen. Es sind nur jene sehr seltenen Fälle, wo sich der Lupus an der Nasenscheidewand festsetzt, in Rechnung zu setzen.

III. Die Perforationen des Gaumens, welche über dem Halbkreis des Alveolus hinaus vorkommen, sind ebenfalls fast immer syphilitischen Ursprunges. Die Ausnahme, die hier in Bezug auf die alveoläre Partie entsteht, kommt daher, dass manche Perforationen des Gaumens, die an eben diesen ausgenommenen Stellen vorkommen, von einem Lupus des Zahnfleisches herstammen können, der den Kiefer in seinem peripheren Theil entblösst und nekrotisirt.

5. Ebenso geben die Verstümmelungen der äusseren Theile der Nase in der Syphilis und in der Scrophulose einen verschiedenen Anblick.

Die Nase, welche durch die Scrophulose zerstört wird, bietet in den meisten Fällen die Gestalt einer symmetrisch zerstörten Nase, einer Nase, die wie durch den Schlag einer Hacke abgehauen wurde. Sie ist von oben nach unten, von vorne nach hinten, schief abgestutzt. Sie sehen im Museum unseres Spitales mehrere Typen dieser Art.

Die Nase hingegen, die durch Syphilis verstümmelt ist, ist unregelmässig, hier und dort verstümmelt, ist seitlich und unsymmetrisch offen, ist links z. B. zerstört und rechts gesund, ist ohne Methode vernarbt und verstümmelt.

Eine weitere interessante Thatsache ist es auch, dass die objectiven

Charaktere der Verschiedenheit zwischen der scrophulösen und syphilitischen Nase noch sichtbarer und frappanter nach der Vernarbung der Krankheitserscheinungen als vor derselben, also mehr in der Epoche der erlangten Herstellung, sind.

Nach der Vernarbung zeigt die syphilitische Nase, dass sie an diesem oder jenem Punkt einen Einschnitt, eine Zerstörung, einen Substanzverlust erlitten hat; diese Narben sind gewöhnliche, mehr oder weniger ausgedehnte, mehr oder weniger tiefgreifende und unregelmässige Narben. Sie sind mehr oder weniger denjenigen Narben ähnlich, welche durch ein Trauma oder durch ein Causticum hervorgebracht wurden.

Die lupöse Nase dagegen zeigt sich nach der Heilung viel typischer, als im Momente der vollen Thätigkeit der zerstörenden Erkrankung. Was gibt es Charakteristischeres, als diesen vernarbten Stummel einer lupösen Nase, der an den Anblick einer Todtenkopfnase erinnert, und der von oben nach unten und von vorne nach rückwärts verstümmelt und zugleich nach vorne weit offen ist.

Was ist charakteristischer als dieser Nasenstumpf mit weisslicher, verdünnter, umgebogener, pergamentartiger, starrer und knorpelharter Wandung. Man meint, eine Nase aus Pappendeckel anzufühlen, drückt sich Hebra sehr treffend aus. Man könnte meinen, dass das, was von der alten Nase noch übergeblieben ist, abgenützt und wie mit Bimsstein polirt ist etc. etc. Kurz, es gibt eine ganze Menge von solchen objectiven Eigenthümlichkeiten, die in der That nicht leicht zu beschreiben sind, und wo das Auge allein zu entscheiden vermag, sich aber dabei genau Rechenschaft gibt, um nicht dieses Bild mit einem andern zu verwechseln.

Noch wären andere Unterscheidungsmerkmale zwischen syphilitischen und scrophulösen Nasenleiden anzugeben, aber ich meine schon genug gesagt zu haben, um Ihre Ueberzeugung, meine Herren, zu festigen und Ihnen zu beweisen, was mir am Herzen lag, nämlich, dass sich hier, wie an andern Orten, die hereditäre Syphilis durch ganz eigenartige Erkrankungen, welche nichts Gemeinsames, wenigstens ihrem Ursprung und ihrer Natur nach, mit den scrophulösen Erkrankungen derselben Localität haben, kundgibt.

Es ist absolut wahr und ohne Zweifel, dass diese eigenthümlichen Laesionen der Syphilis mit den scrophulösen desselben Sitzes, wirkliche objective Aehnlichkeiten vortäuschen können; dass sogar manchmal diese Aehnlichkeiten derart sind, dass es schwierig, sogar unmöglich wird, zwischen diesen zwei Reihen von Fällen eine Differential-Diagnose aufzustellen. Der beste Beweis dafür ist, dass unsere Vorgänger lange Zeit hindurch diese zwei Reihen von Fällen verwechselt haben und es obliegt uns heutzutage ein beträchtliches Stück Arbeit, um Ordnung in diese Unordnung zu bringen, um jede von ihnen auf den rechten Platz zu stellen; aber nicht minder wahr ist es und es ist das Resultat dieser ganzen Studie, dass die hereditäre Syphilis sehr häufig in den Nasenhöhlen Laesionen hervorbringt, welche ihr speciell angehören, Laesionen, bei welchen es vom doppelten, vom nosologischen und praktischen Interesse ist, sie von den scrophulösen desselben Sitzes, denen man sie früher zugetheilt, zu unterscheiden.

XX.

Laesionen des Nasenrachenraumes.

Unter den 212 Beobachtungen, welche meine Statistik zusammensetzen, finde ich nicht weniger als 46 (ich bitte, diese Ziffern vorläufig zu merken), bei denen sich gummöse Erkrankungen des Nasenrachenraumes vorfanden.

46 zu 212 gibt das beträchtliche Verhältniss von 21 oder 22 : 100.

Diese Erkrankungen haben ein verschieden häufiges Auftreten in den verschiedenen Abtheilungen des Schlundes.

Sie haben einen Hauptlieblingssitz, und der ist das Gaumensegel. Unter den in Frage stehenden 46 Fällen sind es 30, wo sie ausschliesslich ihren Sitz am Gaumensegel hatten. Sie sind viel seltener an den Gaumenbögen.

Der Pharynx allein ist nach meinen Aufzeichnungen nur 5mal afficirt gewesen, während er hingegen gleichzeitig 13mal mit dem Velum und den Gaumenbögen erkrankt war.

In Bezugnahme auf die Erscheinungen der hereditären Syphilis begegnet man diesen gummösen Laesionen des Schlundes beinahe in jedem Alter, vom 5. bis zum 25. Jahre. Sie scheinen aber doch am häufigsten zwischen dem 10. und 17. Jahre zu erscheinen. Was aber noch wichtiger ist, ist das, dass man sie öfter als einmal als eine Erstlings-Erscheinung (wenigstens als eine zuerst bemerkte Erscheinung) bei der hereditären Syphilis hat auftreten sehen. Zwei Beispiele mögen dies zeigen.

Einer meiner kleinen Patienten, der von einer luetischen Mutter stammte, wurde im Alter von sieben Jahren von einer gummösen Eiterung des Rachens befallen, welche einen Theil des Velums zerstörte. Er hatte niemals zuvor die geringste Erscheinung dargeboten, welche den Verdacht auf eine bestehende Syphilis erwecken konnte. Man wusste, dass er von einer syphilitischen Mutter geboren worden war, und man suchte und erwartete bei ihm das Auftreten der Syphilis und überwachte die wahrscheinlichen und beinahe erwarteten Erscheinungen.

Ebenso hat Hutchinson eines Falles hereditärer Syphilis erwähnt, der bis zum Alter von 10 Jahren latent geblieben ist; in dieser Epoche zeigten sich beinahe gleichzeitig folgende Erscheinungen: Eine doppelte Kerato-Iritis; eine lupiforme Erkrankung, welche die Nase zerstörte; eine gummöse Halserkrankung, welche den Gaumen und das Zäpfchen zerstörte.

Die Krankheitserscheinungen, welche die hereditäre Syphilis in einer mehr oder weniger tardiven Phase im Halse hervorbringt, sind die genaue Reproduction derjenigen, welche die acquirirte Syphilis an derselben Stelle hervorbringt. Es sind gummöse Erscheinungen, die diesen oder jenen Theil des Nasenrachenraumes betreffen und hier die drei Stadien aller Gummen durchlaufen nämlich:

Ein Stadium der Infiltration,
ein Stadium der Erweichung,
ein Stadium der Ulceration, der Abstossung und Vernarbung.

Aber Sie können im Vorhinein überzeugt sein, dass der Arzt diese 3 Zeitepochen beinahe nie vollständig überwachen kann und zwar

aus zwei gerade entgegengesetzten Gründen: entweder, weil wenn er Gelegenheit hat, die Erkrankung in einer noch frischen Epoche ihrer Entwicklung zu sehen, er über einen hinlänglich mächtigen Heilschatz verfügt, um sie zu heilen und in sie ihrem Keim zu unterdrücken; — oder aber auch, weil die Kranken in der Mehrzahl der Fälle in einer mehr oder weniger späten Zeit, mit schon vollendeten Krankheitserscheinungen und in der vollen Periode der Ulceration zu ihm kommen. Dieser letzte Fall, ich spreche über ihn sofort und vorsätzlich, ist der gewöhnlichste. Der grösste Theil der Kranken, die ein Arzt in seinem Zimmer empfängt, ja beinahe alle Fälle dieser Art, die er im Spitale sieht, zeigen sich ihm, wie ich nochmals wiederhole, mit schon mehr oder weniger in ihrer Entwicklung vorgeschrittenen, erweichten, eröffneten, ulcerirten Erscheinungen. Ich habe deren eine grosse Zahl zu uns kommen gesehen, die das Gaumensegel perforirt, verstümmelt, ja schon beinahe zerstört hatten. Dieses Factum nun, meine Herren, bildet den Hauptcharakter der Erkrankung, die wir jetzt zusammen betrachten wollen. Dieser Hauptcharakter ist die anfängliche Insidiosität der Erscheinungen, ist die anscheinende Gutartigkeit ihres Anfanges, im Gegensatz zur raschen letzten Entwicklung der schweren Symptome und der oft irreparablen Schädigungen. Das Krankheitsbild setzt sich daher aus zwei Perioden zusammen: die eine, wo sich die Krankheitserscheinungen am Gaumen in einer fast latenten Weise vorbereiten und entwickeln, und die andere, wo sie sich plötzlich demaskiren, beinahe von einem Tag auf den anderen und zwar mit sehr wichtigen functionellen Störungen. In der ersten zeigt sich beinahe eine absolute Ruhe der Kranken, die sich nicht bedroht sahen, die sich von dem, was sie bedroht, keine Rechenschaft gaben. Später aber, bei der zweiten, entsteht Erstaunen, Ueberraschung, Verlegenheit und endlich ganz gerechtfertigte Niedergeschlagenheit.

Nachdem wir dies nun in einer allgemeinen Form besprochen haben, komme ich zu der besonderen Beschreibung und fange natürlich mit denjenigen Erscheinungen, welche zugleich die allgemeinsten und wichtigsten sind, an, d. h. mit denjenigen des Gaumensegels.

I. Krankheitserscheinungen am Gaumensegel.

Ich kann Ihnen hier keine Geschichte des Gumma am Gaumen geben. Es liegt mir nur ob, diese Erscheinung von dem speciellen Gesichtspunkte des Themas, das uns beschäftigt, zu betrachten. Ich werde daher über alles, was nicht in einer directen Verbindung mit unserem Gegenstand (Symptome, pathologische Anatomie, Prognose etc.) steht, so kurz als möglich sein, werde mich aber hingegen, über gewisse Fragen, welche uns besonders interessiren, wie z. B. die Differentialdiagnose der gummösen Kehlkopfaffectionen, welche von der hereditären Syphilis abstammen, und die scrophulösen Erscheinungen des Kehlkopfes, im Detail aussprechen.

Ein ziemlich seltener Zufall hat es Ihnen ermöglicht, diese Erkrankung in ihrer Anfangsperiode (der Infiltration) zu sehen; was Sie hier sehen, ist summarisch Folgendes:

Ein difformirtes, rothes, verdicktes, hart anzufühlendes und relativ unbewegliches Gaumensegel.

Einige Einzelheiten:

1. Sobald der Patient den Mund öffnet, fällt Ihnen als erste Eigen-

thümlichkeit die Difformation des Velums ins Auge. Das Gaumensegel zeigt nicht mehr diese reguläre, symmetrische, geometrische und elegante Arcade, die es physiologisch bildet; im Gegentheile, stellt es sich unregelmässig, assymmetrisch, auf einen Punkt, z. B. auf einer oder der anderen Hälfte oder in der Medianlinie höckerig dar.

2. Zeigt es eine Veränderung der Farbe und des Aussehens der Schleimhaut, welche roth, düster roth ist und die zugleich prall, glänzend wie polirt aussieht.

3. Wenn Sie mit dem Finger diesen rothen vorspringenden Punkt und vergleichsweise die gesunden Partien des Velums betasten, so merken Sie sofort, dass mit dieser Röthe und der krankhaften Schwellung eine nennenswerthe Verdickung der Gewebe verbunden ist. An der erkrankten Stelle erscheint das Velum verdoppelt, ja drei- bis vierfach so dick.

4. Dieselbe Untersuchung wird Ihnen eine krankhafte Verhärtung, eine Consistenz und eine offenbar pathologische Resistenz zeigen.

5. Endlich, wenn Sie versuchen, das Velum einige seiner physiologischen Bewegungen machen zu lassen, so finden sie dasselbe, wenn es nicht absolut unbeweglich ist, doch wenigstens steif und schwer beweglich.

Das sind die objectiven Zeichen.

Verrathen sich nun diese localen Erscheinungen, welche gewiss von Wichtigkeit sind, und welche sofort schwere Nachtheile, wie Sie wissen, nach sich ziehen können, durch irgend welche ernste Symptome, die derart wären, dass man ihre künftige Schwere voraussehen könnte? Nein, und dies ist das Hauptsächliche, was festzustellen ist.

Soweit die Symptome allgemein sind, zeigt sich Anfangs, gar nichts. Kein Fieber, keine Reaction, kein Unwohlsein, keine Störung; absolute Indifferenz des Organismus gegenüber den Erscheinungen, die sich im Gaumensegel vorbereiten.

Andererseits, was die localen Symptome betrifft, zeigt sich wenig, sehr wenig, wie Sie selbst bald beurtheilen können. Die Patienten klagen in dieser Periode über eine gewisse Unbehaglichkeit, eine Schwere in der Kehle; aber über keine wirklichen Schmerzen, kein Stechen, kein Zusammenschnüren des Halses, über keine Beschwerde beim Schlucken, wie bei den gewöhnlichen Anginen; mit einem Wort, über keine functionellen Störungen, von irgend einer Bedeutung. Bei manchen Personen, beinahe immer bei den Kindern, vergeht diese Periode der Erkrankung beinahe absolut latent, so dass sie unerkannt bleiben kann.

Bei der zweiten Periode, derjenigen der Erweichung, sind ebenfalls wenig oder gar keine Veränderungen des früheren Krankheitsbildes, bis zu dem Momente, wo sich der Zerfall des Gummas vorbereitet. In dieser Zeit, zeigt die leichte Phlegmasie, welche sich um die gummösen Gewebe bildet, nur die Erscheinungen einer subacuten Angina, die denjenigen einer leichten Halsentzündung gleichen, demjenigen, was man im gewöhnlichen Leben Halsweh nennt. Das ist noch ganz gering im Vergleich zu der Schwere der Symptome, welche folgen werden.

Bis nun beunruhigen sich die Kranken wirklich nicht über ihren Zustand. Sie glauben sich von einer zufälligen Halsentzündung befallen, eine jener Halsaffectionen, die jeder von uns mehreremale in seinem Leben gehabt hat, und die von selbst heilten. Sie schreiben sie einer

Erkältung, irgend einer gewöhnlichen Ursache zu, Sie denken gar nicht daran, sich darüber zu beklagen, noch viel weniger einen Arzt darüber zu fragen. Wenn Sie die Patienten darauf nach dem Aufbrechen ihr Missgeschick erzählen hören, wenn sie dann mit grossen Ulcerationen der hinteren Rachenwand oder einer Perforation des Gaumens zu Ihnen kommen, so hören Sie immer dasselbe. Wie konnte ich an das denken, was sich thatsächlich ereignete. Ich war absolut wohl, hatte gar nichts, litt gar nicht oder ein ganz wenig im Halse! Ich hatte zu wiederholten Malen viel schmerzhaftere Halsleiden, als diese, und selbe heilten von selbst. Ich verstehe diese merkwürdige Erkrankung gar nicht!

Es besteht also, meine Herren, ein wirklich merkwürdiger Gegensatz bei den Krankheitserscheinungen, die wir jetzt eben betrachten, in ihren verschiedenen Perioden. Diese Erscheinungen sind, was ihre Krankheitserscheinungen in ihren ersten Etappen betrifft, gar nicht oder wenig bedeutend, während sie, wenn sie in ihr drittes Stadium in dasjenige der Ulceration, der Perforation, der Verstümmlung des Velums eintreten, plötzlich schwere werden.

Die geringste Halsbräune macht sicher hundertmal mehr Aufsehen, um in nichts Ernstliches auszugehen und in Genesung zu enden. Das Gaumengumma, gutartig und beinahe latent in seinem Beginn, endet plötzlich mit wichtigen Erscheinungen, mit schweren functionellen Störungen, selbst mit irreparablen localen Verwüstungen.

Diese Art der Entwicklung also bildet die anfängliche Tücke, die ich erwähnte, als die dominirende Thatsache der ganzen Symptomatologie; und ich kann es nicht oft genug wiederholen, dass das Gumma des Gaumens tückisch im hohen Grade ist, und in seinem Beginn harmlos, plötzlich in seinen Endstadien eine schwere Erkrankung wird.

In der Periode, bei der wir eben angelangt sind, öffnet sich das Gumma durch ein kleines Loch; es vereitert dann excentrisch und so sind wir zu der dritten Periode gelangt.

Hier, meine Herren, will ich eine ganze Reihe von eigenthümlichen Krankheitserscheinungen übergehen, da sie uns zu lange aufhalten würden, da ich Ihnen dann die Geschichte des Gaumengumma im Allgemeinen darlegen müsste, was aber nicht die Aufgabe unser jetzigen Abhandlung ist. Von allen diesen Eigenthümlichkeiten, will ich nur eine festhalten, welche ein Interesse für die Differential-Diagnose, die uns bald beschäftigen wird, hat. Es ist dies die ausserordentliche Raschheit mit der der gummöse Zerfall eintritt, sobald der Zerfall des Gaumentumors begonnen hat.

Die Oeffnung bildet sich heute, nehme ich an; vom anderen Tage an ist diese Oeffnung, die vorderhand nur ein ganz kleines Loch ist, in eine Ulceration verwandelt, die mehrere Millimeter im Umfang hat; in einigen Tagen, wenn keine Behandlung eintritt, kann sich diese Oeffnung auf eine Oberfläche von mehreren Quadratcentimetern erstrecken.

Dies ist nicht erstaunlich; denn diese rapide Zerstörung der Gewebe ist nur dem Anscheine nach rapid. In der Wirklichkeit war sie von langer Hand schon vorbereitet; denn sie entsteht nicht auf einer gesunden Schleimhaut, sondern auf einer infiltrirten Schleimhaut, die lange schon unterminirt, verdünnt und zu $^3/_4$ zerstört war, bis das erste Anzeichen des ulcerativen Processes äusserlich erscheint.

Jedenfalls bitte ich, meine Herren, das festzuhalten, sie werden später davon Nutzen ziehen können: Beim Gumma bildet sich rasch eine

Ulceration am Gaumen, und der ulceröse Process schreitet rapid fort. Dies ist aber nicht, um es im Voraus schon zu erwähnen, der Gang der scrophulösen Ulceration.

Endlich zeigt die weitere Entwicklung der Erkrankung zwei Ausgänge, nämlich: Die einfache Ulceration des Gaumensegels ohne Perforation; die Ulceration des Velums mit Perforation.

I. In der ersten Reihe der Fälle, welche unglücklicherweise viel seltener ist, entwickelt sich eine gummöse Ulceration auf der Oberfläche des Gaumensegels, ohne die ganze Dicke desselben zu durchsetzen, in der Weise dass der Grund des Substanzverlustes durch die Schleimhaut der entgegengesetzten Seite gebildet wird. Diese Ulceration ist vertieft, so dass sie eine Art kleine, gummöse Höhle, in der man einen Kirschkern, manchmal sogar einen Haselnusskern verbergen könnte, bildet. Sie ist mitten in das verhärtete Gewebe scharf eingeschnitten, widerstandsfähig, deutlich infiltrirt und zeigt eine purpurrothe Farbe. Ihre Ränder sind scharf abgeschnitten und abfallend und zugleich fest anhaftend. Ihr Grund ist gelb oder gelblich, mit rahmartigen Eiter oder mit abgestorbenen Fetzen, den Ueberresten der mortificirten Gewebe bedeckt. Kurz die erkrankte Stelle zeigt, wenigstens in der ersten Zeit, den vollständigen Typus des gummösen Ulcus, den ich Ihnen schon oft beschrieben habe.

Es ist sehr selten, dass, wenn eine solche Erkrankung sich selbst überlassen bleibt, sie nicht mit der Perforation an irgend einer Stelle endet.

II. Die zweite Reihe der Fälle, welche sich aus verschiedenen Zerstörungen, die die ganze Dicke des Gaumensegels betreffen, zusammensetzt, begreift in sich zahlreiche Varietäten, die ich Ihnen schon einmal früher in einer anderen Reihe von Vorlesungen weitläufig beschrieben habe, und die ich Ihnen hier nur auszugsweise wiedergeben will.

Diese Verschiedenheiten, obwohl sie sehr vielfältig und von verschiedenen Aussehen sind, können in 4 folgende Typen zusammengefasst werden:

1. Das Velum kann am Rande angefressen sein. Bei dieser Type befindet sich die Zerstörung in den peripheren oder randständigen Theilen des Gaumensegels, welche angefressen und in einer gewissen Ausdehnung zerstört sind.

Hier haben Sie an einem unserer kleinen, hereditärsyphilitischen Patienten ein schönes Beispiel davon; Sie sehen an diesem Kinde sehr deutlich, dass die linke Hälfte des Gaumenbogens stark angefressen war, und dies ungefähr in der Ausdehnung von 1 *cm* im vorderen hinteren und zwei *cm* im transversalen Durchmesser.

Wenn eine Laesion dieser Art in der Umgebung des Zäpfchens entsteht, so kann dieser Appendix vollkommen vom Velum abgelöst werden, wie, wenn er absichtlich resecirt worden wäre.

2. Perforation. Hier besteht die Laesion einfach und einzig in einem Loch, wie die Kranken sagen, welches in die Substanz des Velums eingeschnitten ist. Wie Sie wissen kann diese Perforation sehr zahlreichen Varietäten in Bezug auf die Form, des Sitzes, der Ausdehnung und Anzahl unterliegen. Sie kann also median, sogar central oder seitlich liegen; sie kann das vordere Segment des Velums einnehmen, oder sich in den ganz rückwärtigen Partien desselben, in der Nachbarschaft des Zäpfchens oder des Gaumenbogens befinden.

Sie ist manchmal rundlich oder oval, manchmal verlängert, elliptisch oder schmal. Das Gewöhnlichste ist, dass sie sich in transversaler Richtung verlängert vorfindet, das heisst, in der Richtung, in der die musculären Bündel des Velums einen Zug ausüben.

Manchmal ist sie so klein, so dass kaum eine Knopfsonde eindringen kann, meistens aber erreicht sie die Dimension eines 20—50 Centimestückes. Manchmal erreicht sie den Durchmesser einer Mandel, einer Olive. Sie kann aber manchmal beträchtlich werden. Ich habe Ihnen kürzlich eine gezeigt, welche in ihrem vorderen hinteren Durchmesser 2 *cm* und im transversalen 3 *cm* zeigte.

In der Regel ist die Perforation einfach. Dennoch ist es gerade nicht selten, sie mehrfach zu beobachten, und zwar in der Form von kleinen Fenstern, die in die Dicke des Velums eingeschnitten scheinen und sehr oft ungleiche Dimensionen haben. Bei einer unserer Kranken zählen sie 3 solcher Perforationen, die eine in der Nachbarschaft der andern gelegen ist. Ich habe unter meinen Aufzeichnungen einen Fall, wo 7 existirten, die durch fibröse Bändchen von einander geschieden waren, die beinahe das Ansehen einer Aponeurose hatten.

3. Abtheilung: genannt (en rideaux retroussés).

Diese Form ist häufig, beinahe ebenso häufig als die Perforation. Sie entsteht ganz einfach durch eine Theilung des Velums von vorn nach rückwärts.

Der Mechanismus, nach welchen sie sich bildet, ist folgender. Sowie eine ausgedehnte Infiltration die mittleren Theile des Velums befällt, theilt die zerstörende Ulceration dasselbe in zwei Segmente, im anterioposteriorem Sinne. Nun trennen sich diese zwei seitlichen Segmente, durch die musculäre Retraction verzogen, eines vom anderen, und da sie mit ihrem höchsten Theil am knöchernen Gaumen fest hafteten, so breiten sie sich nur in ihren unteren Partien auseinander. Sie geben dann deutlich den Anblick von 2 Fenstervorhängen, die durch ihre Vorhanghälter zusammengezogen sind, d. h. wie zwei Vorhänge die nach oben einander genähert sind, und sich immer weiter von einander entfernen, je tiefer sie sich herabsenken.

4. Beinahe vollständige oder gänzliche Zerstörung des Gaumensegels.

Dies ist allerdings glücklicherweise eine seltenere Varietät, sie wird aber dennoch von Zeit zu Zeit beobachtet. Es gibt Fälle, wo gummöse Infiltrationen von ausgedehnter, phagedänischer Entwicklung nichts als einen Stumpf des Velums nach der Genesung zurücklassen. Endlich gibt es auch andere, die aber wirklich Ausnahmen sind, wo man das Velum vollständig vernichtet findet und es spurlos verschwunden ist.

Mit der Periode der Ulceration beginnt ein vollkommen neues klinisches Bild.

Sie wissen, dass bisher die functionellen Störungen, leicht, ganz gering, beinahe unbedeutend waren, so dass sogar die Kranken vollkommen ruhig blieben. Plötzlich, nachdem der Gaumen perforirt und offen ist (es ist dies der einzige Fall, den wir näher ins Auge fassen, weil er der häufigste und zugleich wichtigste ist) entstehen zwei bedeutende functionelle Störungen, nämlich: die Alteration der Stimme, welche näselnd, undeutlich und von einer Art Blasen aus der Nase be-

gleitet wird, und zweites der Rückfluss aller Nahrungsmittel in die Nase, mehr noch aller Flüssigkeiten, die in den Mund eingebracht werden.

Diese zwei Symptome, meine Herren, zähle ich Ihnen nur auf, einerseits weil sie gemeinhin bekannt sind, andrerseits weil sie nichts an sich haben, das man nicht bei allen Gaumenperforationen, welchen Ursprunges immer, beobachten würde. Aber dagegen werde ich bei der Plötzlichkeit des Eintretens dieser functionellen Störungen länger verweilen, weil sich daran ein diagnostisches Interesse knüpft. Beinahe von einem Tag auf den anderen, ja beinahe von einem Augenblick zum anderen treten selbe auf, in dem Augenblick wo das Loch oder die Perforation am Gaumen entsteht. Auch die Kranken, welche die Gutartigkeit der früheren Symptome in nichts auf das Bevorstehen solcher Ereignisse vorbereitet hatte, sind mehr als erstaunt, sind sozusagen entsetzt, wenn sie ihre Stimme gestört hören, wenn sie ihre Nahrungsmittel oder ihre Getränke durch die Nase herausschleudern, und wenn sie, ihren Mund vor dem Spiegel betrachtend, und das „was sie ein Loch" in ihrem Gaumen nennen, bemerken: Derartig ist selbst ihr Erstaunen, dass sie nie, selbst nach einer langen Reihe von Jahren dem Arzt diese Scene mit den genauesten und umständlichsten Erinnerungen zu erzählen, versäumen. Dieses plötzliche, beinahe augenblickliche Auftreten der functionellen Störungen, die den Perforationen und Zerreissungen des Velums eigenthümlich sind, sind ein Factum, das beinahe constant bei der Syphilis, aber ein sehr seltener Fall bei den scrophulösen Erscheinungen desselben Sitzes ist, und dies aus Gründen, die ich Ihnen bald erklären werde.

Wir können, um das, was den functionellen Störungen dieser Periode noch angehört, zu vervollständigen, hinzufügen, dass ein gewisser Grad von schwerem Schlingen und ein schmerzhaftes Unbehagen in der Kehle (wie es die Kranken nennen), sehr häufig den Eintritt der ulcerösen Symptome begleiten, und während ihrer ganzen Dauer bestehen. Diese schmerzhaften Symptome sind leicht. Sie werden nur wirklich heftig und intensiv in den drei folgenden Reihen von Fällen: Wenn die Laesionen sehr ausgedehnt sind und den ganzen Kehlkopfeingang bedecken; wenn sie entzündet, und durch reizende oder caustische Arzneimittel gereizt sind; endlich und vorzüglich, wenn sie einen phaegdänischen Charakter annehmen.

Die objectiven Erscheinungen sind die der gummösen Ulcerationen in ihrem höchsten Grade. Es gibt wenige Krankheitserscheinungen, die gleichmässiger und treuer diesen Typus zeigen, als wie diejenigen des Velums. Was Sie also in dieser Epoche constatiren werden, wird Folgendes sein: Eine mehr oder weniger ausgedehnte Ulceration am Gaumensegel, die in ein oder der anderen Form das Velum verstümmelt hat, das heisst es angefressen, perforirt, getheilt oder theilweise zerstört hat, eine tiefe Ulceration gebildet hat; die Ulceration ist von einem rothen Hof eingesäumt ist resistent, hart, deutlich infiltrirt; das Ulcus hat deutlich ausgesprochene Ränder, die manchesmal vorspringend sind, in jedem Fall aber scharf abgeschnitten, manchmal sogar wie mit einem Instrument abgeschnitten und immer adhärent sind; endlich kann das Ulcus ganz mit Eiter bedeckt, von einem rahmartigen gelben oder gelblichen Anblick sein, oder auch theilweise von Fetzen und weisslichen, gelblichen, gangränösen, eitrigen Ueberresten bedeckt sein. In den meisten Fällen ist

dieser rahmartige, dicke Eiter der Ulceration ein genügendes Zeichen, um die gummöse Natur der Erkrankung erkennen zu lassen.

Ich werde, meine Herren, das symptomatologische Studium dieser Gaumenerkrankungen nicht weiter verfolgen. Es genügt mir, für das Ziel, das ich im Auge habe, Ihnen gezeigt zu haben, dass sich diese Krankheitserscheinungen als Spätformen eines hereditär-syphilitischen Einflusses zeigen können, und Ihnen die hauptsächlichsten Charaktere derselben angegeben zu haben.

Aber ein Hauptpunkt erfordert unsere Aufmerksamkeit, d. h.: wir müssen die Krankheitserscheinungen hereditär-syphilitischen Ursprunges am Gaumen von denjenigen unterscheiden lernen, welche an der gleichen Stelle die Scrophulose und Tuberculose hervorbringen können. Dieser Punkt, ich will es noch einmal wiederholen, ist hoch wichtig. Wenn Sie wissen wollen, welches der häufigste Irrthum, ja besser gesagt, der gewöhnliche, habituelle Irrthum ist, welcher in diesem Fall begangen wird, so merken Sie Folgendes: Ein Kind, ein Jüngling, ja selbst ein Erwachsener zeigt eine Ulceration am Velum. Er ist, wie alle Hereditärsyphilitischen, schmächtig, schwächlich, und überdies schlecht gewachsen, klein. Er hat an den Augen gelitten, er hat Ohrenfluss. Er war selbst, nehme ich an, mit Knochenleiden mit Nekrosen, Fisteln behaftet. Dies alles, gebe ich zu, hat Ähnlichkeit, mit der Scrophulose. Das ist nun genug. Man hält sich daran, und geht nicht weiter, meistens wenigstens; und nun da keine thatsächlichen Erscheinungen der Syphilis oder syphilitische Antecedentien nachgewiesen sind, so schliesst man, wegen der Augenleiden, wegen der Ohren und der Knochenerkrankungen, die er erwähnte, auf die scrophulöse Qualität des Leidens und richtet in diesem Sinne die Behandlung ein.

„Diese Erkrankung, sagt man, kann nicht syphilitisch sein, weil einerseits keine frühere Erscheinung uns die Syphilis bei dem Kranken verräth, und weil andrerseits keine Erwähnung geschehen ist, dass der Kranke in seiner Jugend eine syphilitische Ansteckung durchgemacht habe; also kann er nur scrophulös sein.“ Nun aber lässt man die hereditäre Syphilis als möglichen Grund dieser Erkrankung ganz bei Seite; man frägt die Eltern nicht aus; man stellt keine Untersuchung der Familie, der anderen Kinder der Familie an etc. etc. Warum? Aus dem einfachen Grund, weil man, im Allgemeinen wenigstens an die tardive hereditäre Syphilis nicht glaubt, weil man nicht annimmt, dass eine hereditäre Infection nach 10, zwanzig oder 30 Jahren sich in einem Gumma des Gaumens wieder zeigen kann. Kürzlich sagte mir einer meiner Collegen und Freunde, einer der bekanntesten Aerzte, dem aber die Arbeiten der modernen Syphiliographie fremd geblieben waren: „Ein Gumma des Gaumens, das bei einem Jüngling oder Erwachsenen in Folge hereditärer Syphilis entsteht, scheint mir ein grosses Phantasiegebilde zu sein.“

Ueberdies, meine Herren, nehmen Sie sich die Mühe und lesen Sie einige der zahlreichen Beobachtungen, die in der Wissenschaft unter der Rubrik: Ulcerationen des Kehlkopfes „von ungewisser und dunkler Diagnose“ verzeichnet sind, und sehen Sie, ob man in den Fällen dieser Art das gethan hat, was wir thun, ob man eine Untersuchung, und zwar eine wirkliche und dieses Namens würdige Untersuchung über die Antecedentien der Familie angestellt hat; sehen Sie,

ob man in diesem Falle die tardive hereditäre Syphilis in Frage gezogen und discutirt hat. Beinahe niemals ist die Rede davon, dass man in diesem Sinne ätiologische Forschungen angestellt hätte, was ja deutlich zeigt, dass man an den möglich hereditärsyphilitischen Ursprung dieser Erkrankung gar nicht gedacht hat.

Zu dem, meine Herren, warum sollen wir unsere Beispiele so weit suchen, wenn wir sie heute gerade in unseren Krankensälen an der Hand haben.

Es sind 4 Wochen her, dass dieser junge 15-jährige Mensch wegen einer schrecklichen Kehlkopferkrankung bei uns eintrat, die seit sieben oder acht Monaten bestand und beinahe das Gaumensegel mit seinen Bögen schon ganz zerstört hatte und nun seine Verwüstung auch auf den Pharynx fortsetzte. Der Anblick dieser Erkrankung war derart, dass wir selbe, ohne eine Minute Zögerung, als eine syphilitische erklärten, und sofort selbe mit starken Dosen von Jodkali behandelten. Um den Erfolg dieser Behandlung zu beurtheilen, bitte ich jetzt den Rachen des Kranken zu betrachten; sie werden ihn im Zustande der vollkommenen Vernarbung an allen kranken Theilen finden.

Sie wissen, dass wir unsere Diagnose durch das Examen der Eltern bestätigt fanden und was das Resultat der in diesem Sinne angeregten Untersuchung war! Die Mutter des Kindes hat ohne sich viel bitten zu lassen, als man sie ins Spital holen liess, zugestanden, dass sie in der That Syphilis gehabt habe; dass sie diese Syphilis kurze Zeit nach ihrer Verheiratung von ihrem Manne bekommen habe; dass sie sich nur einige Monate hindurch behandelt habe, und dass sie seitdem mit ulcerösen Geschwüren an der Haut behaftet war, Geschwüre, deren Specifität hinlänglich durch die grossen bogenförmigen, stark pigmentirten Narben bewiesen war.

Die Diagnose tardive, hereditäre Syphilis war, was unseren Kranken betrifft, ebenso leicht als klar. Leicht und klar war sie in der That, aber unter der einen Bedinguug, dass man sich die Mühe gab, die Untersuchung auf die Eltern auszudehnen, was man aber bisher nicht der Mühe werth hielt, weil man es nicht für möglich hielt, dass eine im 15. Lebensjahre entstandene Erkrankung von dem Einfluss der hereditären Syphilis herrühren kann.

So wurde auch dieses Kind sieben Monate hindurch mit Hartnäckigkeit mit allen antiscrophulösen Heilmitteln (Leberthran, Eisensyrup, Gentiana) behandelt, und Sie können die traurigen Folgen davon sehen.

Wir können dem noch beifügen, und diese Abschweifung wird nicht ohne Interesse sein, dass viele vorhergegangene Krankheitserscheinungen dieses kleinen Patienten ohne Zweifel dahin gewirkt haben, die Diagnose der ihn früher behandelnden Aerzte zu verwirren. Dieser Knabe war in der That in seiner früheren Jugend verschiedenen Zufällen unterworfen als da sind: langwierige Augenerkrankungen, chronischer Fluss aus beiden Ohren, chronischer Schnupfen mit Ozöna und Necrose der Nasenknochen, Erkrankung einer Tibia etc., passen nicht alle diese Zufälle in das Gemälde der Scrophulose, wenigstens in das, das uns unsere Vorgänger ausführten? Und wurde dies alles nicht bis in die letzten Jahre hinein für ein Zeichen der Scrophulose gehalten, und hat man nicht geglaubt, diese allein wäre im Stande, all' das hervorzubringen? Consequenter Weise, an diese Art der Betrachtung gewohnt, wurde man durch eine

logische Deduction dahin geführt, auch die Laesion des Nasenrachenraumes als eine scrophulöse zu betrachten, während wir heutzutage durch neue Erfahrungen erkennen, dass die verschiedenen chronischen Ophthalmien, Otorrhoen, die Ozöna und die verschiedenen Knochenleiden eben soviele eigenthümliche Zeichen sind, um Verdacht zu erregen, ja sogar Beweise sein können, um die specifische, hereditäre Infection nachzuweisen.

Die Geschichte unseres kleinen Kranken also, meine Herren, gleicht der einer Anzahl anderer Kranken, die hieher mit verschiedenen Leiden kommen, die seit jeher als scrophulöse behandelt wurden, die aber in Wirklichkeit ebensoviele hereditärsyphilitische Manifestationen bildeten. Der Irrthum, der darin besteht, die Scrophulose in der Aetiologie so vieler und so vieler Affectionen der Kindheit und des jugendlichen Alters anstatt der hereditären Syphilis zu setzen, ist hier, ich kann es behaupten, ein Irrthum, der sich unausgesetzt wiederholt, und von denen ich Ihnen schon eine Anzahl bedauernswerther Beispiele gezeigt habe. Warum wird aber dieser Irrthum begangen und was ist sein Ursprung? Der Ursprung ist hier, wenigstens was die Hauptsachen betrifft, in zwei Worten zu erklären: einerseits voreingenommene Ideen, die die Möglichkeit hereditärsyphilitischer Zufälle nach längeren Zeiträumen ausschliessen, d. h. in einem Zeitraum, der sich bis zur Adolescenz, bis in die Jugend und das erwachsene Alter erstreckt, andrerseits, und als Consequenz, das Unterlassen einer Nachforschung über die Antecedentien der Familie, in Hinsicht, was die Syphilis betrifft. Aus dem Vorhergehenden resultirt nun eine folgendermassen zu formulirende, praktische Lehre.

Wenn man vor der Thatsache einer Erkrankung des Gaumensegels oder des Nasenrachenraumes steht, so muss man immer, welches immer auch das Alter des Kranken sei, unter den möglichen Ursachen der Erkrankung einen Platz für die hereditäre Syphilis lassen und in diesem Sinne eine rigorose Untersuchung einleiten.

Nachdem wir dies im Principe festgestellt haben, kommen wir nun zur Differential-Diagnose.

Zwei Arten von Erkrankungen sind es, mit welchen die gutturalen Ulcerationen der hereditären tardiven Syphilis sehr oft verwechselt worden sind. Diese sind:

1. Die Geschwüre des Lupus, die manchesmal mit dem Namen scrophulöse Ulcera des Kehlkopfes bezeichnet werden.

2. Die tuberculösen Ulcerationen.

Vielleicht sind der Lupus und der Tuberkel nichts anders als zwei Arten, zwei Varietäten ein und derselben Krankheitsspecies: eine Frage, die ich mich aufzuwerfen für diesen Augenblick hüten werde. In jedem Fall bieten selbe klinisch zu verschiedene Charaktere, als dass es gestattet wäre, sie in einer gemeinsamen Beschreibung zu vereinen.

Sprechen wie zuerst vom Lupus.

I. Es ist im strengen Sinne des Wortes wahr, dass der Lupus manchesmal im Nasenrachenraum Ulcerationen setzt, welche, was ihre Ausdehnung, ihre Wichtigkeit, ihre Schwere betrifft, mit denen der Syphilis rivalisiren und objectiv betrachtet, reelle Analogien mit den letzteren haben.

Aber wir können gleich Anfangs sagen, dass der Lupus des Rachens (ich verstehe darunter den wirklichen Lupus, und nicht die verschiedenen anderen Affectionen, die man mit ihm verwechselt hat) eine sel-

tene, sehr seltene, beinahe ausnahmsweise Affection ist. Wollen Sie selbst meine Herren, urtheilen! Der Hautlupus ist hier in Permanenz, nicht wahr? und sie werden beständig ein $^1/_2$ Dutzend dieser Art in unseren Sälen finden; und heute ist im ganzen Spital von St. Louis nicht ein einziger Lupus des Nasenrachenraumes, wie ich mich bei unseren Collegen informirt habe.

Eine andere Stütze unserer Behauptung ist die: Unter 100 Fällen von Lupus, die ich meinen Aufzeichnungen entnehme, finde ich nur zwei (zwei allein, von denen einer noch dazu vielleicht zweifelhaft ist), die den Nasenrachenraum afficiren, gegen 98, die anderswo ihren Sitz haben. Welches Verhältniss! Solche Ziffern brauchen keine Commentare.

In zweiter Reihe, wenn wir vor dem Factum eines wirklichen Lupus dieser Gegend stehen, drängen sich uns sofort beinahe immer zwei Erwägungen auf, die uns beim ersten Blick die lupöse Form constatiren und sie von den syphilitischen Erkrankungen derselben Gegend unterscheiden lassen.

Nämlich:

1. Nicht immer, aber sehr häufig geht der Lupus des Nasenrachenraumes mit einem Lupus des Gesichtes einher, und die in die Augen fallenden Charaktere des letzteren geben uns Aufklärung über die Natur des ersteren.

2. Eine zweite Erwägung, die man meines Wissens nicht genug oft macht, oder wenigstens oft nicht nach ihrem Werthe schätzt, ist die: Beim Lupus des Rachens ist die Ulceration nur zu oft ein spätes Nebenphänomen und nur eine Theilerscheinung des ganzen Leidens. Der Lupus des Rachens entwickelt sich nämlich nach der Art eines jeden Lupus, d. h. er beginnt mit einer einfachen Infiltration der Gewebe, die nur in einer späteren Zeit ulcerirt. Diese Periode der nicht ulcerirenden Infiltration ist immer sehr langdauernd, im Vergleiche zu den Perioden eines syphilitischen Gummas. Und während dieser ganzen Dauer verräth sich diese Erkrankung einfach nur durch eine granulöse Hypertrophie der erkrankten Partien. Das Gaumensegel erscheint mit einem Ueberzug von knospenartigen, maulbeerartigen, papillenartigen, manchmal knötchen- und warzenförmigen Erhabenheiten besetzt, die von einem dunklen Roth sind, und eine grosse Aehnlichkeit mit der granulösen Frambösie haben, die man oft an den Genitalien bemerkt.

Später ulcerirt diese Erkrankung an der Oberfläche und in diesem Augenblick entsteht die Möglichkeit eines diagnostischen Irrthums mit den von der Syphilis stammenden Ulcerationen. Aber ich bitte festzuhalten, dass hier der ulceröse Process sich nicht wie beim Gumma in einer raschen plötzlichen Weise entwickelt, bitte wohl zu bemerken, dass er nicht auf einen Schlag, wie beim Gumma die ganze oder beinahe die ganze infiltrirte Partie erfasst. Im Gegentheil er entsteht, langsam träge, nimmt nur kleine Partien ein und dehnt sich nur unmerklich aus. So dass, in einem gewissen Moment, selbst in einer etwas vorgeschrittenen Zeit, die Ulceration nur ein Element, nur einen Theil der Erkrankung, nicht wie das Gumma die g a n z e E r k r a n k u n g s e l b s t z e i g t.

An ihrer Seite, an ihrer Peripherie z. B. findet man immer eine mehr oder weniger ausgedehnte Fläche, an der die lupösen Elemente noch in ihrer eigentlichen Gestalt existiren, d. h. im Zustande der granulösen

Hypertrophie, als Knötchen oder nicht ulcerirte Tuberkel. Mit anderen Worten, neben dem ulcerirten Lupus findet man immer Stellen, die nicht ulcerirt sind, und diese letzteren stellen sofort die Diagnose der Erkrankung fest.

Bei der Syphilis zeigt sich nichts Aehnliches. Ein Gumma syphiliticum erweicht sich sogleich und ulcerirt in seiner ganzen Ausdehnung, und man kann, einige seltene Ausnahmen ausgenommen, bei ihm nur einige Tage hindurch, die Aneinanderreihung verschiedener Laesionen in situ constatiren, von denen die einen ulcerirt, die anderen im Zustande der eigentlichen Infiltration sind. Bietet dann ferner eine gummöse Ulceration jemals an ihren Grenzen jene Bedeckung von rothen maulbeerartigen Granulationen, die der Lupus bildet? Die periphere Zone des Gumma's zeigt sich im Gegentheil statt wuchernd, granulös und warzenförmig zu sein, — wegen der Spannung des Gewebes, das seine Grenzen bildet — ausserordentlich glatt, einförmig, glänzend wie poliert.

Von diesem Gesichtspunkte aus besteht also zwischen den Erkrankungen des Gaumens, durch Scrophulose und Syphilis ein sehr frappanter, objectiver Gegensatz.

Diese beiden vorangegangenen Betrachtungen genügen im Allgemeinen, um die Diagnose festzustellen. Andere Zeichen können zum selben Ziele führen und ich darf nicht unterlassen, selbe zu erwähnen. Nämlich:

1. Die lupösen Ulcerationen des Gaumensegels sind im Allgemeinen, (mit Ausnahme weniger, seltener Fälle) — weniger ausgebreitet, als die syphilitischen, sie haben nicht die weite Ausdehnung, und die Entwicklung der letzteren in allen ihren Proportionen.

2. Sie haben nicht die entschiedene, freie Contur wie die syphilitischen Ulcerationen. Ihre Grenzen sind viel ungewisser, weniger ausgeprägt, weniger entschieden.

3. Sie zeigen nicht den tief ausgehöhlten, gelblichen und mit Eiter bedeckten Grund, noch die scharf abgeschnittenen Ränder der syphilitischen Ulcera. Ihr Grund ist im Gegentheil an den Rändern relativ wenig eingesenkt, öfter roth oder röthlich als gelb und gelblich und hat sehr häufig das Aussehen von Fleischwärzchen, ihre Ränder sind flach, nicht erhaben und abgehackt.

Man hat bildlich gesagt: Die Syphilis zerfrisst, zerstört, perforirt, — während die Scrophulose langsam vermindert, zerbröckelt, atrophirt.

4. Es ist nicht selten, dass der Lupus am Gaumensegel eine ganze Reihe von kleinen disseminirten Ulcerationen hervorbringt. Die Syphilis im Gegentheil schreitet meistens mit einem einzigen Ulcus von grossen Dimensionen vor.

5. Jeder weiss, wie häufig die Perforationen des Velums bei der Syphilis sind. Die Syphilis schneidet im Fluge breite Fenster aus, die wie mit einem Pfropfmesser herausgeschnitten sind. Der Lupus thut dies aber nicht. Es ist eine sonderbare Thatsache, dass der Lupus nie eine Höhle oder ein Loch im Centrum des gesunden Gewebes macht. Er nagt und frisst das Gaumensegel an den Rändern an; er frisst es aus, aber er greift es nicht in der Mitte an, noch weniger, indem er periphere Partien, wie bei der Syphilis unverletzt lässt.

Dies ist keine Bemerkung, für welche ich die Priorität besitze. Ich habe selbe in dem so praktischen und ausgezeichneten Buche von Hebra gefunden und ich schätze mich glücklich, dass die Resultate

meiner persönlichen Beobachtungen mit denen des berühmten Klinikers übereinstimmen.

Ich will nun ein ganzes Gesammtbild von differirenden Zeichen, die sich auf die Entwicklung und Dauer der Erkrankungen beziehen, erwähnen.

Es besteht ein wirklicher Contrast und eine absolute Opposition in allen Punkten:

Die syphilitischen Erkrankungen des Velum haben einen raschen Verlauf und eine relativ kurze Dauer. Sie sind in wenigen Wochen, höchstens wenigen Monaten beendet. Die scrophulosen Ulcera im Gegentheil sind ausserordentlich langsam und absolut chronisch. Sie dauern Jahrelang und oft sieht man nie das Ende.

Die Ulceration der Syphilis entsteht von einem Tag auf den andern, geht manchmal in einigen Tagen gegen das Velum mit erstaunender zertheilender, perforirender verstümmelnder Raschheit vor; bei der Scrophulose ist die Ulceration langsam, ausnehmend torpid.

Bei der Syphilis sind die Symptome der Perforation des Velums plötzlich, augenblicklich; während gestern noch keine functionellen Störungen waren, sind sie heute ganz intensiv; bei der Scrophulose sind dieselben Symptome von einem gradweisen, manchmal unmerklichen Vorschreiten. Bei der Scrophulose sieht man niemals diesen Theatercoup der Perforation des Gaumens syphilitischen Ursprunges, und dies, weil das Anfressen des Velums nur von Molecül zu Molecül geht und nur langsam vorschreitet.

Endlich fügen sich den semiologischen Grundsätzen, die vorangingen, in Hinsicht der Diagnose, die wir studiren, noch Erwägungen an, die wir aus dem Examen des Kranken, aus seinen persönlichen Antecedentien, aus der Untersuchung seiner Eltern und Geschwister, selbst aus therapeutischen Wirkungen gewinnen etc. Es sind dies alles, wie Sie wissen, wichtige Erwägungen; an Interesse und klinischer Bedeutung bedeutender als alle vorhergehenden, da selbe die Basis der Diagnose selbst bilden. Ich hätte aber in Hinsicht auf dieselben Ihnen nur zu wiederholen, was schon bekannt ist, und will Ihnen das ersparen.

II. Tuberculöse Ulcera. Nur mit der chronischen Form der Kehlkopftuberculose allein, können die Krankheitserscheinungen, die uns jetzt beschäftigen, in Vergleich gezogen werden, denn es liegt wohl keine Gefahr vor, dass sie jemals mit der acuten Form, die „miliare diffuse Tuberculose“ genannt wird, verwechselt werden können.

Die Erscheinungen der chronischen Kehlkopftuberculose wurden von Ricord [1]) erwähnt und dann von Julliard (Genf)[2]) Isambert [3]), H. Barth[4]) und einigen anderen Aerzten genau beschrieben, und zeigen manches-

[1]) Ich habe hier eine geschichtliche Thatsache, die häufig nicht gekannt ist, zu erwähnen und will zugleich mit Dr. H. Barth feststellen, dass Ricord die Ehre zukommt, zuerst den tuberculösen Ursprung gewisser Erkrankungen der Zunge, der Lippen, der Wange, des Pharynx, die bisher unbeachtet geblieben, oder die gewöhnlich der Syphilis zugetheilt wurden, vermuthet und erkannt zu haben. Das, was mich Ricord gelehrt hat, habe ich meinem Assistenten und Freund Dr. Julliard mitgetheilt, welcher über diesen Gegenstand, nachdem seinen fleissigen Untersuchungen der Weg gewiesen war, über diese Sache eine sehr schätzenswerthe Monographie geschrieben hat, aber in derselben die Priorität, die Ricord in dieser Frage zukommt, wie ich glaube, nicht genug betont hat.

[2]) Des ulcerations tuberculeuses de la bouche et du pharynx (Thèses de Paris 1865).

[3]) Bulletin de la Soc. med. des hospitaux 1871. Annales des maladies de l'oreille et du pharynx 1875. t. I. Bulletin de la Soc. des hospitaux 1875—76.

[4]) De la tuberculose de pharynx et de l'angine tuberculeuse. Paris 1880.

mal einen mehr oder weniger analogen Anblick wie die Ulcerationen der Syphilis. Es ist daher nicht zu staunen, dass mehreremale Ulcerationen, die Consequenzen einer specifischen hereditären Infection waren, für tuberculöse Erkrankungen gehalten wurden. Ich habe in meinen persönlichen Beobachtungen zwei Irrthümer dieser Art, die durch ausgezeichnete Collegen begangen worden sind und ich könnte auch noch einige andere erwähnen.

Man muss also hier eine Differential-Diagnose aufstellen.

Zuerst wollen wir das beste Unterscheidungszeichen dieser Art nennen.

Dieses Merkmal bekommt man am besten von der Person des Erkrankten selbst, von seinem Habitus, von seinen früheren und jetzigen Gesundheitsverhältnissen, von seinen Antecedentien. Der Kranke, der mit einer Kehlkopftuberculose behaftet ist, ist beinahe immer ein Phtysiker, ein Brustkranker. Als beinahe allgemeine Regel hat die Kehlkopftuberculose als Vorläufer, als Begleiter die Lungentuberculose, in vielen Fällen ist noch die Intestinaltuberculose der Erkrankung der Lungen zugesellt; so dass man sehr oft über die Gattung der Kehlkopferkrankung durch den Allgemeinzustand des Kranken, durch die Untersuchung des Thorax, durch die Darmsymptome und durch die verschiedenen und mannigfaltigen Symptome, welche das gewöhnliche Gefolge der Tuberculose bilden, aufgeklärt wird.

Kann man behaupten, dass die Kehlkopftuberculose *vor* den andern Erscheinungen dieser Diathese an erster Stelle erscheinen kann, und consequenterweise anfänglich unabhängig von jedem Zeichen der pulmonären oder intestinalen Phtyse existiren kann? Dies ist *möglich*, aber es ist sehr selten. Andererseits wird man auch in Fällen dieser Art auf den Weg der Diagnose durch den Allgemeinzustand des Kranken geleitet, bei dem man sehen wird, ob er nicht ein ausgesprochener Phtysiker, oder ein solcher, der es werden kann, ist, und sich als solcher durch seinen Habitus, seine Gesichtszüge, seine Abmagerung, durch vorhergegangene Bronchitiden oder Diarrhoen verräth, ohne von andern Zeichen, welche durch das Examen der Eltern und Geschwister gewonnen werden können, zu sprechen.

In der Mehrzahl der Fälle lässt sich die Diagnose der Kehlkopfläsion mit aller Wahrscheinlichkeit aus der Qualität des Kranken, mit dem man es zu thun hat, machen und der einzige zweifelhafte Punkt, der noch übrig bleiben kann, ist die eventuelle Hypothese der Cumulirung beider Erkrankungen; das heisst eine Syphilis, entstanden auf tuberculösem Boden. Das Examen der Antecedentien wird diesen Zweifel lösen.

Die differentielle Diagnose beruht aber ausserdem nicht in dieser eben ausgesprochenen Haupterwägung, sie beruht noch auf folgenden andern Grundelementen;

I. Vor allem objective Differenzen, die manchesmal in zwei Reihen von Erkrankungen sehr ausgesprochen sind: nämlich

1. Die tuberculösen Ulcerationen des Nasenrachenraumes zeigen nur selten (wenn die Periode nicht schon eine vorgerückte ist, wo die Diagnose dann schon deutlich an dem Allgemeinzustand des Kranken zu erkennen ist) eine so beträchtliche Ausdehnung, dass sie mit derjenigen, die syphilitische Ulcera einnehmen, verglichen werden könnten; sie sind sehr begrenzt und in ihren Proportionen geringfügiger.

2. Sind sie viel weniger tief.

3. Zeigen sie objectiv weder diese scharf abgeschnittenen Ränder, noch diesen brandigen, eitrigen, rahmartigen gelben Grund, der die gummöse Ulceration kennzeichnet.

4. Ausserdem, und das ist pathognomonisch, entdeckt man nicht selten in den benachbarten Schleimhäuten kleine, grauliche, weissliche oder leicht gelbliche, consistente, und in die Schleimhaut eingebettete granulöse Knötchen, die eine Art Erhabenheit auf der Oberfläche bilden. Diese Knötchen, die ich Ihnen hier nicht weiter zu beschreiben habe, sind kleine, noch nicht ulcerirte Tuberkel; unnöthig ist es hier auch zu erwähnen, welche Bedeutung selbe haben.

II. Die Kehlkopf-Tuberculose ist beinahe stets von Drüsenschwellungen begleitet, die die submaxillären und vorderen Halsdrüsen befallen. Es ist ferner auch häufig, dass die ganze Drüsenkette des Sternokleidomastoideus der Sitz von Drüsenschwellungen derselben Art ist.

Nur ausnahmsweise üben die gummösen Erkrankungen einen Einfluss auf die Drüsen der Nachbarschaft.

III. Ein dritter Hauptpunkt der Differentialdiagnose wird aus den functionellen schmerzhaften Störungen gewonnen, welche immer bei der Tuberculose hervortretender sind als bei der Syphilis.

Gewisse, ausnahmsweise vorkommende Fälle von Phagädänismus, welche den ganzen Nasenrachenraum befallen und im Einklang mit der Ausdehnung und dem Charakter der Krankheitserscheinungen mit localen Störungen enden, ausgenommen, kann man sagen, dass die gutturalen Ulcerationen der Syphilis nur mässige Schmerzen bereiten. Auch in Bezug auf die functionellen Störungen kann man sagen, dass sie, so wichtig sie auch sein mögen, doch keine wesentliche Behinderung veranlassen.

Ganz anders sind die Symptome der tuberculösen Ulcerationen; bei ihnen existirt ein wirklich schmerzhafter Erethismus des Nasenrachenraumes, der andauernd heftig ist; lebhafte, reissende Schmerzen künden den Beginn der Krankheitserscheinungen an, die von nun an nur anwachsen, und dann intensiv, continuirlich werden; die manchmal keine Ruhe aufkommen lassen und den Schlaf unmöglich machen; überdies besteht ein sehr markirtes, sehr schwieriges Schlucken, so dass feste Substanzen, wie Brot und Fleisch nur um den Preis lebhafter Schmerzen geschluckt werden können, so dass die Kranken zaudern, zu essen, sich der Nahrung enthalten und sich selbst zu einer absoluten Diät verurtheilen.

IV. Ebenso werden die Merkmale, die man aus der Entwicklung und der Dauer der Erkrankung ziehen kann, als ergänzende Elemente für die Diagnose dienen. Es ist unnöthig zu sagen, dass die Kehlkopftuberculose sich von den Ulcerationen syphilitischen Ursprunges desselben Sitzes durch einen unendlich langsameren Verlauf, ihr chronisches Vorwärtsschreitten, ihre lange Dauer unterscheidet.

Dies sind also, meine Herren, die verschiedenen Grundformen, welche die Differentialdiagnose zwischen den Erkrankungen des Kehlkopfes syphilitischen und tuberculösen Ursprunges bilden.

Vom praktischen Standpunkte wollen wir dieses Exposé noch durch zwei wichtige Bemerkungen vervollständigen. Die erste ist die, dass in Fällen, welche trotz der verschiedenen eben genannten Zeichen, zweifelhaft geblieben sind, sich die specifische Behandlung als ein nützliches

Hilfsmittel darbietet, um als letzter Behelf die diagnostische Frage zu beurtheilen. Hier kann die specifische Behandlung das sein, was man die therapeutische Diagnose nennt.

Die zweite ist, dass in allen diesen zweifelhaften Fällen die specifische Behandlung vom Anfang an unter sehr energischer Form verschrieben werden muss. Es ist die Pflicht einer strengen, formellen und absoluten Praxis, Jodkalium bei einer solchen Gelegenheit, und wäre es auch nur unter dem Titel des Versuches, zu verordnen. Vor einer Erkrankung, welche das Gaumensegel mit einer vielleicht irreparablen Zerstörung bedroht, gibt es kein mögliches Zaudern vom praktischen Standpunkt aus. Sei man über die specifische Art dieser Erkrankungen fest oder nicht fest überzeugt, so verschreibe man doch sofort Jod, und zwar illico und larga manu. Denn um in einem Falle dieser Art zu nützen, muss man einerseits zur Zeit nützen, andrerseits fest zugreifen, d. h. das Uebel sofort mit einer Minimal-Dose von 3—4 *gr* Jodkalium angreifen. Ohnedem kann die schon schwer angegriffene Partie verloren sein, und der Kranke bleibt solchen bedauernswerthen Zerstörungen des Gaumensegels ausgesetzt, wie solche in so vielen Fällen von uns hier beobachtet werden.

XXI.

II. Erkrankungen der Gaumenbögen des Pharynx und der Mundschleimhaut.

Ich habe Ihnen als einen Typus der Erkrankungen, welche die hereditäre tardive Syphilis auf den Schleimhäuten erzeugt, das gummöse Syphilid des Velum beschrieben. Dies wird meine Aufgabe, was die gleiche Erkrankung anderer Schleimhautgebiete betrifft, wesentlich abkürzen, denn dieselben bieten die gleichen klinischen Erscheinungen.

Es wird genügen, Ihnen summarisch zu sagen,

1. Dass der hereditäre syphilitische Einfluss nach langer Zeit sich durch gummöse Syphiliden, die verschiedene Partien der Schleimhaut ergreifen, zeigen kann; dieselben sind:

die eigentliche Mundschleimhaut;
die Zungenschleimhaut;
die Gaumenbögen und die Tonsillen.

Ich spreche hier nicht vom Larynx, dem ich ein eigenes Capitel widmen werde.

2. Dass hier, wie anderswo, diese Erkrankungen in einer mehr oder weniger tiefen Infiltration des Schleimhautgewebes bestehen, die manchmal die ganze Dicke der Haut durchsetzt und häufig bis unter das Gewebe der Schleimhaut greift; dass diese Infiltration weiterschreitet und den Weg beinahe aller gummösen Neoplasmen geht, um in einem schliesslichen Ulcus zu enden in der Art, dass sich an verschiedenen Punkten Zerstörungen, die mehr oder weniger ausgedehnt sind, an den afficirten Schleimhäuten finden; und endlich, dass diese Erkrankungen mit allen Charakteren und mit der classischen Physiognomie des ulcerirenden Gumma sich vorfinden. Ein glücklicher Zufall hat heute in unserer Klinik eine Reihe von Erkrankungen dieser Art, in verschiedenen Etapen ihrer Entwicklung vereinigt.

1. Sehen Sie zuerst diese junge 23-jährige Frau. Sie ist die Tochter einer syphilitischen Mutter; sie ist die Schwester von 3 Kindern, welche im frühem Alter mit unleugbar syphilitischen Erscheinungen gestorben sind. Sie selbst war in ihrer Kindheit von Erkrankungen derselben Art befallen. Thatsächlich ist sie jetzt, ohne dass die mindeste Gefahr einer persönlichen Ansteckung bestanden hätte, mit einer gummösen Erkrankung des Kehlkopfes afficirt, welche sich auf die ganze Höhe des hinteren linken Gaumenbogens und auf die Region der Mandel erstreckt. Es ist einige Tage her, seit diese Affection den vollständigen Typus eines gummösen Ulcus bot; heute nach einigen Tagen der specifischen Behandlung ist das Bild schon modificirt und das Geschwür fängt an, sich zu reinigen.

II. Bei diesem ebenfalls hereditär-syphilitischen Kind können Sie Folgendes constatiren: einerseits alte Laesionen im Zustande der Vernarbung, die rechts einen Theil des Velums zerstört haben; andererseits ein recentes syphilitisches Gumma, das den rechten Gaumenbogen einnimmt, auf die Zunge herabsteigt und sich in der Ausdehnung von 2—3 *cm* auf die Mundschleimhaut, bis in die Nähe der Zähne erstreckt.

III. Hier haben wir endlich ein Kind von 8 Jahren, dessen Geschichte folgende ist: von einer syphilitischen Mutter geboren, war es in ganz jugendlichem Alter von zahlreichen Eruptionen befallen, welche von einem unserer Collegen als syphilitische erklärt wurden und welche an zahlreichen Stellen, besonders an den Schenkeln noch sichtbare Narben hinterlassen haben. Später hat es an sehr prolongirten Augenerkrankungen gelitten, und seine Ohren sind sehr stark geflossen. Mit 7 Jahren wurde es von sehr heftigen Knochenschmerzen erfasst, und man hat es während dieser Zeit, — sagte uns die Mutter —, wegen Exostosen behandelt. Wir finden in der That seine linke Tibia beträchtlich hyperostosirt und nach vorne einen bogenförmigen, pseudorachitischen Vorsprung bildend, ebenso zeigt der rechte Radius eine beträchtliche spindelförmige Auftreibung. Endlich, — es sind einige Wochen her, hat sich ein „beständiges Halsleiden“ gezeigt, wegen dessen man das Kind uns herführte. Was ist nun dieses Halsleiden? Nichts anderes als ein gummöses Product, mit zahlreichen Herden, das zugleich das Gaumensegel und den Pharynx befallen hat. Am Gaumensegel sowie an der hintern Rachenwand unterscheiden Sie genau die Typen der tiefen, gelblichen, gummösen Geschwüre, die eitrig sind und scharf abgeschnittene Ränder haben.

IV. Endlich untersuchen Sie diesen jungen 20-jährigen Mann, von dem ich Ihnen schon gesprochen habe, und von dem ich öfter noch sprechen werde, da dieser arme Mensch ein wirklich pathologisches Museum der tardiven, hereditären Syphilis an sich trägt. Seit seiner Geburt bis zum heutigen Tag wurde er fortwährend von der Syphilis begleitet und verfolgt. Es konnten daher unter den zahlreichen Krankheitsanfällen, deren Opfer der Kranke gewesen ist, die Schleimhautsyphilome nicht fehlen. Im Alter von 15 Jahren litt der Kranke an Ulcerationen der Nase, die die Einsenkung der Nase bewirkten, etwas später, bildeten sich gummöse Ulcerationen, die das Gaumendach occupirten, das Gaumensegel, die Gaumenbögen, die Mandeln und den Pharynx etc. zerstörten. Thatsächlich sind alle diese Geschwüre vernarbt; aber betrachten Sie die Verwüstungen, die sie hinterlassen haben, enorme fibröse Narben am

Gaumen; beinahe vollständige Zerstörung des Velum mit Verwachsungen; Verwachsung des Gaumensegels mit dem Pharynx; die Wände dieses letzteren Organes in Narbenplatten verwandelt, mit strahligen fibrösen Narbensträngen etc.

Der Pharynx ist nach dem Gaumensegel und seinen Adnexen sicher ein Lieblingssitz der gummösen Syphilome der tardiven hereditären Lues. Ich zähle mehr als 15 Fälle, in denen ich den Pharynx mit Erkrankungen dieser Art afficirt fand, sei es allein, sei es mit ähnlichen Erkrankungen der Nachbarschaft vergesellschaftet, die vorzüglich die Gaumenbögen und das Segel ergriffen hatten.

Hier localisiren sich diese Laesionen vorzüglich an der hinteren Wand dieses Organes. Sie nehmen hier eine verschiedene Höhe ein. Wenn selbe in der mittleren oder unteren Region gelegen sind, dürften sie kaum einer aufmerksamen Beobachtung entgehen; aber man muss auch wissen, dass sie sich manchmal auch in der obersten Partie des Pharynx, welche man den Nasopharynx nennt, festsetzen, und dann verbergen sie sich der gewöhnlichen Beobachtung, denn sie sind durch das Gaumensegel verdeckt. Um sie hier zu entdecken, muss man zu den Proceduren eines Special-Examens Zuflucht nehmen, wie ich Ihnen, als wir die Geschichte dieser Laesionen bei der acquirirten Syphilis besprachen, gezeigt habe. Nur will ich hier besonders bemerken, dass diese Proceduren hier, wo wir mit Kindern oder Adolescenten zu thun haben, ihre Schwierigkeiten haben, ja dass sie oft unmöglich sind; und ich habe mehr als einen Fall der Art gesehen, wo man auf die rationelle Diagnose dieser Fälle verzichten musste, ohne sich durch eine directe Exploration überzeugen zu können.

Die syphilitischen Gummen des Pharynx werden in der Praxis nur im Zustande der Ulceration beobachtet. Sie zeigen sich im Allgemeinen in zwei Formen, welche sogleich das Augenmerk auf sich ziehen und die Natur der Erkrankung feststellen, nämlich: die rundliche Form, die sehr oft sogar regelmässig rund, ja manchmal sogar kreisförmig ist, und den gelblichen, dickeitrigen Grund. — Wir können noch hinzufügen dass sie meist ausgehöhlt, tief, durch scharf abgeschnittene Ränder umschrieben, und von einer purpurrothen Zone umgeben sind.

In den gewöhnlichsten Fällen existirt nur ein einziges Ulcus von der Ausdehnung eines 50-Centimes Stückes bis zu der eines Francstückes. Manchmal findet man deren mehrere. Es gibt auch Fälle, wo die ganze, dem Auge zugängliche Oberfläche des Pharynx der Sitz einer ulcerirten Fläche ist, die entweder aus dem Zusammenfliessen mehrerer benachbarter ulcerirter Herde oder aus einer diffusen gummösen Ulceration, welche sich auf eine grosse Fläche erstreckt, entsteht.

Wir können dem hinzufügen, dass diese gummösen Ulcerationen des Pharynx sehr häufig mit ähnlichen Erkrankungen des Gaumensegels, der Nasenhöhlen oder des Larynx, zugleich vorkommen.

XXII.

Erkrankungen des Larynx.

Die laryngealen Erkrankungen, welche bei der hereditären tardiven Syphilis vorkommen, theilen sich in zwei natürliche Gruppen.

Die einen stellen sich als die Ueberreste, die Consequenzen und die Nebenphänomäne laryngitischer Erkrankungen dar, die vom ersten Jugendalter an datiren.

Die zweiten stammen von bestehenden specifischen Erkrankungen.

I. Die ersteren betreffen nur indirect unseren Gegenstand; aber die bedürfen nichts desto weniger einer speciellen Erwähnung, wegen ihrer grossen Schwere.

Sie bestehen in gewöhnlichen laryngealen Erkrankungen die sich auf dem Larynx, der im ersten Jugendalter specifisch erkrankt war, entwickelten und der dann der Sitz von Narben, Hyperplasien und Sclerosen geblieben ist.

Die laryngealen Erscheinungen der hereditären Syphilis sind im jugendlichen Alter viel häufiger, als man gewöhnlich glaubt. Unter 76 Fällen dieser Art, behauptet Makenzie, 53 im Verlaufe des ersten Lebensjahres angetroffen zu haben, und von diesen 43 in den ersten 6 Monaten, 17 im ersten Monat und 4 in der ersten Woche nach der Geburt[1]) Man hat selbst zwei Fälle von laryngealen Affectionen citirt, die sich im Verlaufe des intra-uterinen Lebens entwickelt haben.

Diese laryngealen Affectionen des ersten Lebensalters sind sicher sehr schwere, sogar derart, dass derselbe Autor, wohl nicht ohne einige Uebertreibung — (nach meiner Ueberzeugung) — sagen konnte, „dass eine Ulceration im Pharynx und Larynx im Verlaufe des ersten Lebensjahres beinahe immer tödtlich endige". — Aber so schwer diese Erkrankungen auch sein mögen, so können sie dennoch mit Hilfe einer angemessenen Behandlung ausheilen, ja sogar ohne Behandlung.

Wenn sie aber ausheilen, so hinterlassen sie sehr häufig verschiedene Erscheinungen als ihre Folge, nämlich: Narben, bandartige Stränge, Stenosen, einen Zustand einer fibrösen Hypertrophie oder einer Sclerose in Flächenausdehnung auf der Schleimhaut. Was ereignet sich nun dann, wenigstens in der Mehrzahl der Fälle? Es bleibt der Larynx, der in dieser Art afficirt war, in einem Stadium einer fraglichen Genesung, d. h. dass die kranken Gewebe geneigt sind, sich zu entzünden, angefressen zu werden, zu ulceriren, sobald nur eine leichte Reizung hinzutritt (Erkältung z. B.), noch mehr wenn eine starke Gelegenheit zu einer Phlegmasie des Larynx, wie eine Bronchitis, ein Keuchhusten, eine fieberhafte Erkrankung, und unter diesen vorzüglich Masern oder Typhus hinzukommt. Es ist mit dem Larynx — diese Beobachtung drängt sich Einem auf, — gerade so wie mit den syphilitischen Zungen, die nach der Heilung sclerosirt, hart, roth, der Papillen beraubt, höckrig bleiben, und sich sofort unter dem Einfluss der mindesten Reizung der Mundschleimhaut, wie sie übrigens auch öfter sehen, ohne greifbare Ursache, jeden Augenblick entzünden, wund werden und ulceriren.

Diese anscheinenden Recidiven im Larynx und an der Zunge, sind weniger eine Wiederkehr und Wiederholungen der specifischen Laesionen, als gewöhnliche Phlegmasien, die auf den Ueberresten früherer Syphilome entstehen. Sie sind einfache und reine Narben-

[1]) Syphilis congénitale de la gorge et du larynx (American journal of the medica cience oct. 1880.

erkrankungen, Erkrankungen pathologischer Gewebe, auf welchen die mindeste Reizung einen entzündlichen Process von erosiver oder ulceröser Art hervorbringt.

Das nun, was für die Zunge ein unangenehmer und oft schmerzhafter Zufall ist, wird am Larynx eine wahrhafte Gefahr und dies wegen der mechanischen Consequenzen, welche jede Entzündung im Larynx hervorbringt. Die geringste Entzündung, die hier auf chronisch verändertem Gewebe entsteht, verwandelt sich in eine ernsthafte Erkrankung, die schweren Complicationen ausgesetzt ist, die möglicherweise das Leben bedrohen kann. Man hat oft schon hereditär-syphilitische Individuen, die von alten specifischen Laryngitiden, die von ihrer ersten Jugend her datirten, geheilt waren, neuerdings von laryngealen Affectionen erfasst gesehen, die von einer grossen Intensität waren, welche bei localen Phlegmasien nicht gewöhnlich ist und welche auf jedem anderen Terrain keine ähnlichen Consequenzen nach sich geführt hätten. Man hat sogar unter diesen speciellen Bedingungen ein subacutes Glottis-Oedem sich entwickeln gesehen, welches sofort die Tracheotomie erforderte oder auch in einer rapiden Asphixie endete.

So dass also sicher, gewisse hereditäre syphilitische Personen in einem mehr oder weniger vorgerückten Alter durch Erkrankungen, von denen sie schon geheilt waren, zu Grunde gehen. Es ist dies ein anscheinend paradoxer Ausspruch, der aber durch die klinische Erfahrung legitimirt wird.

Um ein Beispiel zu geben, diene der Fall, welchen Dr. F. Semon erzählt hat, von zwei hereditär-syphilitischen Kindern, welche gewöhnlichen Larynxaffectionen, die aber auf alten specifischen laryngealen Erkrankungen entstanden waren, erlagen. Alle beide hatten in ihrem ersten Lebensmonat syphilitische Larynxerkrankungen, und waren davon geheilt worden. Das Eine wurde im Alter von 5 Jahren 9 Monaten durch eine erstickende Dyspnoe dahingerafft, deren Ursache bei der Autopsie in einer chronischen Verdickung der oberen Oeffnung des Kehlkopfes gefunden wurde. Das andere starb mit $3^1/_2$ Jahren mit den Erscheinungen eines acuten Glottisödems, und die Autopsie fand einen beinahe vollständigen Verschluss in der mittleren Region des Larynx, ein Verschluss, der durch eine ödematöse Suffusion der Gewebe entstanden war. [1])

II. Sehr verschieden ihrer Natur nach sind die Erscheinungen der zweiten Gruppe.

Diese zeigen par excellence die Zeichen der hereditären, tardiven Syphilis.

Die einschlägigen Fälle sind selten. Ich habe nicht ohne Mühe etwa 10 Fälle sammeln können, von denen mir drei durch Dr. Poyet mitgetheilt wurden.

In diesen Fällen sind die Erscheinungen in verschiedenen Zeiträumen, zwischen 3 und 15 Jahren aufgetreten.

Hier einige Beispiele:

1. Ein Kind von 10 Jahren, stammt von einem syphilitischen Vater, und von einer Mutter, bei der die Syphilis wahrscheinlich ist. Als Antecedentien: Convulsionen im jugendlichen Alter; Hydrocephalus; links Hemiplegie, die einige Monate

[1]) The medical Times 1880. pag. 221.

dauerte; Coryza mit Näseln und Nasenbluten; Otorrhoe und Taubheit, die 3 Jahre lang dauerten. Darüber hinaus, ungetrübte Gesundheit bis zum Alter von 9 Jahren.

In dieser Zeit folgten verschiedene Erkrankungen in kurzen Zwischenräumen: Cervicale Drüsenschwellungen; Coryza, interstitielle Keratitis; Knochenschmerzen; schmerzhafte Anschwellung einer Tibia. Hydarthrose des Knies; Abmagerung. Während dieses Zeitraumes treten nun auch pharyngo-laryngeale Erscheinungen auf: Geschwüre im Halse; schmerzhaftes Schlingen; metallischer und pfeifender Husten, Veränderung der Stimme; Heiserkeit, der eine vollständige Aphasie folgt; Regurgitation der Speisen und Getränke in die Nase, das Schlingen wird beinahe unmöglich; Erstickungsanfälle; stridulöse Inspiration; manche Augenblicke hindurch drohende Asphyxie etc. Bei der Untersuchung findet man den Gaumen und den Pharynx von breiten Narben bedeckt; das Zäpfchen ist beinahe ganz zerstört; die Epiglottis ist verdickt, deformirt, in ihrer ganzen Ausdehnung ulcerirt, an ihrem freien Rand angefressen, mit Eiter bedeckt und verhindert durch ihr Volumen die darunter liegenden Partien zu sehen. In der fossa glossoepiglottica befindet sich ein tiefes Geschwür, das sich gegen den Larynx fortsetzt; alle der Untersuchung zugänglichen Theile sind mit einer Schichte von Eiter bedeckt etc. etc.

„Die Dinge waren in einem solchen Zustand, sagt der Beobachter, dass ich nach meiner Untersuchung an eine chirurgische Intervention denken musste.“ Aber man entschied sich eine medicamentöse Behandlung einzuleiten, hielt sich jedoch bereit, bei dem ersten Alarm die Tracheotomie zu machen. Man verschrieb Mercur und Jodkali. Vom andern Tage an war eine Erleichterung, 4 Tage später eine deutliche Besserung. Der Husten war weniger häufig, das Schlingen möglich; die Ulcerationen an der Epiglottis in Bezug auf ihre Ausdehnung kleiner. Die laryngoskopische Untersuchung liess Ulcera intralaryngea entdecken, die bis dahin durch die Anschwellung der Epiglottis verborgen waren. Die folgenden Tage hindurch wurde die Besserung immer ausgesprochener; die functionellen Störungen waren vermindert; die Ulcera heilten, die Stimme stellte sich her; kurz im nächsten Monat erfolgte vollständige Heilung; alle Krankheitssymptome verschwanden; der Allgemeinzustand besserte sich, und der Kranke verliess in guter Gesundheit das Spital. [1])

Was kann man aus diesem Factum folgern? Es fehlt hier nichts; einerseits die sicher constatirte Syphilis bei den Ascendenten; andererseits die nicht minder feststehende Syphilis bei dem Kinde; dann mit 10 Jahren eine ganze Reihe von Erscheinungen hereditärer syphilitischer Natur, nämlich: Interstitielle Keratitis, Ostealgien, Schwellung einer Tibia; Ulcera des Gaumens und des Pharynx, Ulcera der Epiglottis und des Larynx. In dieser Zeit bestehen schreckliche Erscheinungen des Larynxverschlusses. Man bereitet sich zur Tracheotomie vor; aber da man die dringendste Nöthigung abwarten will, verschreibt man die specifische Behandlung. Alsogleich Veränderung des Aussehens; sofortige Besserung, dann rasche Heilung! In der That, wenn ein solches Factum, betreffs der specifischen und zwar hereditär specifischen Art der Krankheitserscheinungen Widerspruch finden sollte, dann würde ich für immer an der klinischen Beweiskraft verzweifeln.

Die zwei folgenden Beispiele, welche ich von Dr. Poyet entlehne, sind nicht weniger interessant.

II. Beobachtung. Kind von 9 Jahren, klein, schwächlich. Seine Mutter erklärt, Syphilis gehabt zu haben. Sie war 4 Mal schwanger, die ersten zwei Schwangerschaften haben mit Fehlgeburten geendet. Das dritte Mal gab sie einem syphilitischen Kinde das Leben, welches nach 12 Tagen starb, das 4. Kind ist unser Patient; vom Vater liegen keine Nachrichten vor.

Persönliche Antecedentien des Kindes: In den ersten Wochen Eruptionen auf dem ganzen Körper; mit 5 Jahren doppelseitige Keratitis interstitialis, von sehr langer Dauer; Behandlung mit Jodkali, Heilung, jedoch mit einer bleibenden Trübung am linken Auge. Langsames Wachsthum, zurückbleibende, unvollkommene Entwicklung. Mit 9 Jahren eitriger Ausfluss aus der Nase; Halsleiden; ausgedehnte Ulcerationen des Rachens, die im Spital Lariboisière als specifisch behandelt wurden.

[1]) Beobachtung, die aus dem früher citirten Aufsatz des Dr. John Mackenzie Baltimore) entnommen wurde.

Einige Monate später Dyspnoe, Husten, Heiserkeit; dann vollständige Aphonie; die Respiration wird immer schwieriger; Erstickungsanfälle; Halsdrüsenschwellungen. Bei der Untersuchung entdeckt man (ohne von den ausgedehnten Narben des Gaumensegels mit Verlust des Zäpfchens noch von den sehr ausgedehnten Narben des Pharynx zu sprechen), eine maulbeerartige Epiglottis, die in ihrer ganzen Ausdehnung ulcerirt und zur Hälfte auf der linken Seite zerstört war; Ulcera an den aryepiglottischen Falten und in dem Sinus pharyngo-laryngeus. Es ist unmöglich, in das Innere des Larynx zu sehen.

Behandlung mit Jodkali und Touchirungen mit Jodtinctur. Heilung der Erscheinungen in einem Monat.

III. Beobachtung. 16jähriger junger Mann, der von syphilitischen Eltern geboren, in seiner ersten Jugend hereditär-syphilitische Erscheinungen darbot. Dieser junge Mann zeigt im höchsten Grade die Erscheinungen des Infantilismus; sehr kleiner Wuchs; zarte Formen; die Genitalorgane ausserordentlich klein; der Penis ist z. B. der eines 7 oder 8jährigen Knaben und die Hoden sind nicht grösser als Bohnen; die Stimme war immer ausserordentlich kreischend und schreiend wie die eines kleinen Kindes oder einer hellen Pfeife. Das Wesen und die Physiognomie ganz kindlich, so dass Dr. Poyet, als er den Kranken das erstemal sah, es mit einem Kinde von 10—11 Jahren zu thun zu haben glaubte. Ueberdies bestanden Missbildungen der Zähne. Seit zwei Monaten Schmerzen in der Tiefe des Halses; der Kranke bezeichnet als Sitz derselben das Niveau der Cartilago thyroidea; dann zeigten sich Veränderungen der Stimme, Husten; blutige eitrige Expectoration; Speichelfluss; dann neuerlich vollständige Aphonie, und Behinderung der Athmung.

Bei der laryngoscopischen Untersuchung findet man die Epiglottis sehr vergrössert, auf ihrer ganzen Oberfläche ulcerirt, und mit Eiter bedeckt. Die Arythenoidknorpel roth und geschwellt. Unmöglichkeit die Stimmbänder zu sehen.

Specifische Behandlung (Jodkali und Quecksilbereinreibungen) Gurgelungen, Touchiren mit Jodtinctur.

Einige Tage darauf überraschende Besserung, dann rasche Heilung. Die Epiglottis bleibt deformirt und fibrös, Rückkehr der Stimme zu ihrem früheren Klang.

Nach der Heilung constatirt man, dass der Larynx, was sein Volumen betrifft, in allen Richtungen ausserordentlich verkleinert ist. Die Stimmbänder sind kurz und dünn, was die aussergewöhnliche Stimme des Patienten erklärt.

Die Larynxerkrankungen der tardiven hereditären Syphilis sind, was ihre Erscheinungen und Symptome betrifft, von denen der acquirirten Syphilis nicht viel verschieden. Da wir dieselben im Vorjahre studirt haben, so werde ich Ihnen hier keine Specialbeschreibung geben, die nur eine Wiederholung wäre, und werde Ihnen nur einfach folgende allgemeine Anhaltspunkte geben.

Was die Erscheinungen betrifft, so nehmen sie die drei gewöhnlichen Formen der tertiären Laryngitis an:

1. Die hyperplastische und diffuse Form der Infiltration, die die Schleimhaut flächenweise verdickt, sie zu hypertrophiren scheint und die meistens in einer sclerösen Entartung endet, die von einigen Autoren als die fibroide Hypertrophie des Larynx beschrieben wurde. Es ist dies ein Pendant, um einen Vergleich zu ziehen, zu jener merkwürdigen sclerösen Glossitis, welche ich vor einigen Jahren ausführlich beschrieben habe, und von der wir täglich Beispiele sehen. [1])

2. Die circumscripte oder gummöse Form, bei welcher die genau abgegrenzten Erkrankungen dem gewöhnlichen Verlauf der gummösen Erkrankungen jeglichen Sitzes folgen.

3. Die sclero-gummöse Form, eine Art Combination der beiden vorhergehenden Typen.

Was die Symptomatologie dieser Erkrankungen betrifft, so will ich Ihre Aufmerksamkeit auf die zwei folgenden Eigenthümlichkeiten lenken:

[1]) Des Glossites tertiaires, leçons professées par A. Fournier. Paris A. Delahaye 1877.

1. Die häufige Coexistenz dieser Laryngealleiden der tardiven hereditären Syphilis mit gummösen Ulcerationen des Nasenrachenraumes und vorzüglich des Pharynx.

Es ist wichtig zu bemerken, dass diese Erscheinungen häufig den gummösen Kehlkopfleiden oder denen des Pharynx nachfolgen. Die Beobachtungen, wo man die Syphilome der Kehle oder des vorderen Rachenraumes, als nächste Vorzeichen oder selbst als Begleitsymptome der jetzt in Frage stehenden Laryngopathien findet, sind sehr zahlreich. Als Beispiele mögen die zwei vorher citirten Fälle dienen.

2. Die gewöhnliche Gefahr dieser Erscheinungen, und selbst für gewisse Fälle, die besondere, plötzliche Gefahr, sei es, dass selbe durch Glottiskrämpfe, sei es durch Oedeme ober- oder unterhalb der Glottis entsteht.

Diese Laryngopathien sind ernste Erkrankungen. Sie sind schwer 1. durch ihre eigenen und unmittelbaren Anfälle und 2. durch ihre möglichen Complicationen, 3. durch ihre Residuen.

Ihre eigenthümliche und unmittelbare Gefährlichkeit resultirt aus ihrem Sitz, aus ihrer Art und aus ihrer Ausdehnung. Aber hierin ist nicht die Hauptgefahr, die sie mit sich bringen, dieselbe liegt vielmehr theilweise in ihren eventuellen Complicationen, theilweise in ihren Consequenzen für die Zukunft.

Unter die möglichen und die am meisten gefürchteten Complicationen rechnen wir den Spasmus glottidis und die Anschwellungen durch ein acutes Oedem. Man hat im Verlauf der Larynxleiden, oft plötzlich in einer ganz unerwarteten Art Anfälle von schrecklicher Dyspnoe entstehen sehen, Anfälle von Erstickung und drohender Asphyxie. Man hat selbst plötzliche Todesfälle in Folge dieser Erscheinungen citirt. Meistens hat man den Grund dieser Erscheinungen in den ödematösen Anschwellungen oberhalb oder unterhalb der Glottis gefunden, die sich in einer wirklich raschen Form bildeten. Manchmal aber scheint diese mechanische Erklärung nicht zu genügen, und man war genöthigt, aus Mangel einer andern, ihr die Hypothese eines Glottiskrampfes zu substituiren.

Noch viel häufiger aber beruht die ungünstige Diagnose dieser Larynxerkrankungen in den Erscheinungen, in die sie enden oder nach der Genesung enden können, nämlich: schlechte Narben, bandartige oder solche Adhäsionen, die die Bewegung der Stimmbänder hindern, Verengerung, ja sogar membranöser Verschluss der Glottisspalte, Retraction der fibrös gewordenen Schleimhaut, Sclerosen und Keloide, kurz in eine Larynxstenose. Diese Stenose ist in jedem Grad eine gewöhnliche Consequenz der Larynx-Syphilome. Es ist wohl unnöthig zu sagen, welchen Gefahren man durch eine Larynxstenose ausgesetzt ist.

Ich will Ihnen überdies noch hinzufügen, dass es wenige Erkrankungen sind, die den Larynx so desorganisiren, wie es die Syphilis thut. Man kann sich kaum die Verwüstungen, Zerstörungen, die Veränderungen in der Form und in der Weite vorstellen, welche die Larynx-Syphilome häufig als ihre Folge und nach ihrer Heilung zurücklassen. Ich kann bei diesem Gegenstand nur für einen Augenblick verweilen, aber gestatten Sie mir wenigstens Ihnen eine Idee, von den Laryngopathien der tardiven hereditären Syphilis durch folgendes Beispiel zu geben.

Ein von syphilitischen Eltern stammendes 13jähriges Kind ist von einer ulcerösen Laryngitis unzweifelhaft specifischer Natur befallen. Es

genest durch die specifische Behandlung und durch die Tracheotomie. Einige Monate später wird es von einem sehr schweren typhoiden Fieber befallen, dem es unterliegt.

Bei der Autopsie findet man den Larynx absolut vernarbt, geheilt, er ist aber in seiner ganzen Ausdehnung fibrös degenerirt; das Organ war bis zu diesem Punkt deformirt, dass es gar nicht mehr das Aussehen eines Larynx hatte. Es war „eine Art unförmlicher Trichter.“ Unten endlich öffnete sich dieser Trichter durch ein staunenswerth enges Loch in die Trachea, und war bis zu dem Grade verengt, dass kaum eine Rabenfeder durchgegangen wäre.

Und wie und durch was war diese Oeffnung gebildet? Durch die unteren Ränder der Stimmbänder, welche bis auf Knopflochbreite untereinander verschmolzen waren. [1])

Hier kann die Frage der Differentialdiagnose zwischen den tuberculös-scrophulosen Erscheinungen nicht ernstlich aufgeworfen werden. Diese letzteren Erscheinungen unterscheiden sich bei einem nur etwas aufmerksamen Examen von den specifischen Kehlkopfleiden.

Einerseits ist der laryngeale Lupus eine ausserordentlich seltene Affection, und beinahe immer von anderen lupösen Erkrankungen der Haut und des Nasenrachenraumes begleitet. Sein objectiver Anblick ist von dem der syphilitischen Ulcera sehr verschieden; da er einen beinahe charakteristischen, granulösen Anblick bietet, weil er eine violette, livide Färbung hat, und weil er keine gelblichen Ulcerationen bildet, die mit einem dicken, rahmartigen Eiter bedeckt sind. Ueberdies ist seine Entwicklung viel langsamer, als die der luetischen Ulcerationen, ferner ist er beinahe immer an der Epiglottis abgegrenzt.

Andererseits unterscheidet sich die Larynxs-Phtyse durch eine ganze Reihe von ganz typischen, und ganz klaren Erscheinungen. Ich habe Ihnen in einer anderen Reihe von Vorlesungen weitläufig die Elemente dieser Differentialdiagnose auseinandergesetzt, dass es jetzt genügt, Ihnen dieselben, unter der Form eines Tableaus zu zeigen, indem ich das, was wir für unseren Specialgegenstand brauchen, hinzufüge.

Differential-diagnostische Elemente zwischen den hereditär-syphilitischen Laryngopathien und der Larynx-Phthyse.

Larynx-Erkrankungen der tardiven hereditären Syphilis.	Larynx-Phthyse.
I. Das Examen der expectorirten Stoffe zeigt niemals (ausgenommen eine Coexistenz mit tuberculösen Erkrankungen) die Gegenwart des Tuberkelbacillus (Koch).	I. Anwesenheit des Tuberkelbacillus in den expectorirten Stoffen.
II. Die Affection entsteht auf eine primäre Art und ist unabhängig von einem frühern Zustand einer organischen Schwächung.	II. Die Affection ist nur ausnahmsweise primär, sie ist beinahe immer vorbereitet und eingeführt durch Störungen des Allgemeinzustandes, welche zur tuberculösen Infection gehören.

[1]) Observations de Dr. Capart (Bruxelles) mitgetheilt von Dr. Poyet.

III. Keine Lungenlocalisationen.	III. Die Affection ist beinahe immer von tuberculösen Localisationen in den Lungen gefolgt. In jedem Falle ist, wenn der Process etwas fortschreitet, stets ein Zusammenfallen mit Lungentuberculose vorhanden.
Ausser Coincidenzen keine Störung des Allgemeinzustandes, mit Ausnahme derjenigen, die von der localen Affection hergeleitet werden können.	Schwere Allgemeinsymptome, welche die tuberculöse Infection charakterisiren.
IV. Affectionen, die auf Personen entstehen, die von hereditärer Syphilis befallen sind. Antecedentien und Zeichen der hereditären Syphilis.	IV. Keine Antecedentien der Syphilis mit Ausnahmen der möglichen Coincidenz.
Retrospective Untersuchung, die die Syphilis bei den Ascendenten sucht, und manchmal auch bei andern Kindern der Familie findet.	Sehr häufig Antecedentien der Tuberculose bei den Eltern.
V. Mögliche Coexistenz syphilitischer Erscheinungen an einem anderen Theile, und vorzüglich häufige ulceröse Gummen des Rachens und des vorderen Rachenraumes, gleichsam als Vorspiele der laryngealen Erkrankung.	V. Consequenterweise niemals gleichzeitige syphilitische Erscheinungen.
VI. Rasche Entwicklung und beinahe acuter Gang der Erkrankung, im Vergleich zu dem langsamen Gang der Larynx-Phtyse.	VI. Entwicklung beinahe immer langsam und torpid.
VII. Ausserordentlich deutlicher und manchmal staunenerregender Einfluss der Therapie einer specifischen Behandlung.	VII. Abwesenheit jeder Heilwirkung unter dem Einfluss der Mercuralien und des Jodkali.

Sie werden bemerken, dass ich in dieser diagnostischen Parallele die Erwägungen, die man aus den objectiven Zeichen gewinnt, nicht mit einbezogen habe, weil ich mit Krishaber überzeugt bin, dass die Farbe, die Ausdehnung der Erkrankung, beinahe ganz für die Differentialdiagnose zwischen syphilitischen und tuberculösen Laryngitiden, werthlos sind. Niemand mehr aber als ich jedoch, ist geneigt, zuzugeben, dass ein geübter und gereifter Laryngoskopiker manchesmal durch das Sehen sicher eine Diagnose dieser Art machen kann, gerade so wie ein Syphilidologe auf den ersten Blick ein Syphilid erkennt, und gerade so wie ein Experte in der Malerei die Art der Schule und den Pinsel des Meisters erkennt. Aber diese Diagnosen der Objectivität, — lassen Sie mich sie so nennen, — werden immer ein Monopol gewisser Praktiker bleiben, die in einem Zweige der Kunst wohlerfahren sind. Sie beruhen in der That auf so delicaten Charakteren, auf so flüchtigen Nuancen, dass sie eine Schulung des Auges verlangen, die allein eine lange Erfahrung verleiht.

Ausserdem lassen sich diese Charaktere ebenso wenig wie eine Physiognomie beschreiben. Wie nun ihre Constatirung sich mit den materiellen Schwierigkeiten der Untersuchung complicirt, so halte ich es im Vereine mit Krishaber und anderen Laryngologen für klug, selbe bei einer Diagnose, welche ihre Lösung in klinischen Elementen, die bessere Garantien und Sicherheit geben, findet, nicht in Rechnung zu ziehen. Endlich um nichts zu vergessen, wollen wir gewisse sehr seltene Erscheinungen, die beinahe Ausnahmsfälle sind, als mögliche Erscheinungen der tardiven hereditären Syphilis erwähnen, nämlich die folgenden:

1. Ulcerationen, Narben und Stenosen der Trachea. Beispiel: In einem von Allen Sturge citirten Fall existirte zur selben Zeit wie die schweren Erkrankungen des Larynx eine Narben-Stenose in der obern Partie der Trachea. Steiner hat ebenfalls Narbenstränge in der untern Hälfte dieses Organs gefunden.

2. Narben, Verengerungen oder Ausdehnung der Bronchien.

3. Ulcerationen des Oesophagus.

Ich für meinen Theil habe Fälle derart noch nicht in Verbindung mit tardiver hereditärer Syphilis begegnet.

XXIII.

Affectionen der Genital-Schleimhaut.

Fünfmal habe ich Erkrankungen der Genitalschleimhaut als Manifestationen der hereditären Syphilis gefunden.

Drei dieser Fälle beziehen sich auf junge Männer, und zwei auf weibliche Personen (junges Mädchen und junge Frau).

Wir wollen sofort eine merkwürdige Eigenthümlichkeit erwähnen, welche ohne Zweifel nur ein einfacher Effect des Zufalls ist. Bei allen diesen Fällen zeigten sich diese Genitalerkrankungen nicht bei Kindern, sondern bei solchen Personen, die die Pubertät überschritten hatten, nämlich bei Personen, die 18, 21, 22, 23 und 28 Jahre alt waren, gleichwie wenn das Erwachen oder die Ausübung des sexuellen Lebens eine prädisponirende Ursache zu Localisationen dieser Art geben würde.

Was die Eruptions-Phänomäne betrifft, so sind es dieselben Erscheinungen, die wir immer an unseren Kranken constatirt haben. Wie immer haben wir es mit tuberculo-ulcerativen oder gummösen Laesionen zu thun, die auf der äusseren Decke (Schleimhäuten oder Oberhaut) der Genitalien weit ausgedehnt waren.

Hier zwei Beispiele:

I. Beobachtung.

23 jähriger, hereditär syphilitischer Mann. Viele Antecedentien der hereditären Syphilis; Keratitis, die einen Hornhautfleck zurückliess; theilweise Zerstörung des Velum in Folge einer gummösen Erkrankung; zahlreiche Narben an der Haut; Spuren von ulcerösen Syphiliden. — Seit einigen Monaten gummöse Erkrankung des Scrotum. Niemals eine venerische Ansteckung ausser einer Blennorrhagie, die seit einigen Monaten besteht. Seit 5 oder 6 Wochen haben sich am Gliede, nach der Erzählung des Kranken, harte Stellen, in Form von Platten oder Panzern und zwar ohne Schmerzen gebildet. Dann sind diese harten Stellen aufgegangen und sind an mehreren Punkten und zwar seit etwa

12 Tagen vereitert. Der Kranke erzählt, dass er umsomehr über das Auftreten dieser Erscheinungen erstaunt war, als er sich, wegen seiner Blenorrhagie seit langer Zeit jedes geschlechtlichen Verkehrs enthalten hatte.

Drei breite Ulcerationen befinden sich an der Ruthe und an der Glans. Die eine nahe an der Wurzel des Gliedes gelegen, bildet eine Ulceration von der Grösse eines Zweifrankstückes. — Eine zweite, ausgedehntere, bildet einen wahren Cürass von Infiltration im mittleren Theile des Gliedes und am Präputium, mit einer centralen ulcerirten Partie. In diesem Niveau ist die Infiltration der Integumente der Ruthe ungefähr $^1/_2$ *cm* dick; sie ist sehr hart und erinnert beim Betasten an einen syphilitischen Schanker. An der Oberfläche ist die Haut von einer düsterrothen Farbe. Eine dritte Erkrankung, von ulceröser Form, mit harten eingesunkenen Rändern, von der Breite eines Frankstückes befindet sich in der Furche zwischen Präputium und Glans, und geht auch auf die Glans über.

Die Oberfläche aller Ulcerationen ist ein Typus der gummösen Erkrankungen: scharf abgeschnittene verticale, adhärente Ränder; harter, infiltrirter, rother Hof; — der Grund dickeitrig, gelb, ungleich, durchfurcht, mit den anhaftenden Resten des sphacelirten Gewebes bedeckt.

Es handelt sich hier ohne Zweifel um ein der Fläche nach ausgebreitetes, gummöses Syphilid, sowohl in Hinsicht auf die Antecedentien des Kranken, als auch in Hinblick auf die objectiven Zeichen.

Die Behandlung wurde in diesem Sinne eingeleitet: Jodkali, 5 *gr.* per Tag; Jodoformverband; tägliche Bäder in der Dauer von 2 Stunden; locale Bäder mit Malvenabsud, 3mal am Tage wiederholt.

Unmittelbare Besserung; dann vollständige Genesung in 13 Tagen.

II. Beobachtung: Junges 18jähriges Mädchen, die klein, schwächlich, noch nicht menstruirt ist; — deutliche durch folgende Erscheinungen ausgesprochene syphilitische Heredität: Zurückbleiben in der Entwicklung und im Wachsthum; Missbildung der Zähne, vorhergegangene Keratitis im jugendlichen Alter; Flecken an der Cornea; viele Narben an der Haut; Zeichen von Ulcerationen, die bis in die Kindheit zurückreichen; grosse Sterblichkeit der Kinder in ihrer Familie etc. Die Erkundigungen, die wir seitdem eingezogen haben, bestätigen unsere Vermuthung in dieser Hinsicht vollständig.

Seit einigen Wochen bestehen zahlreiche Ulcerationen an der Vulva, die zunächst für einfache Schankergeschwüre gehalten wurden. Diese Ulcerationen finden sich hauptsächlich an den grossen Schamlippen. Sie sind in ihrer Ausdehnung ungleich; die grössten haben den Durchmesser eines 2 Frankstückes. Alle haben den gemeinsamen Charakter der (rundlichen) Form, eine beträchtliche Aushöhlung (2—3 Millimeter in die Tiefe), festhaftende, schroff abgeschnittene Ränder; einen gelblichen oder grauen Grund, der dickeitrig, rahmartig ist; einen violetten Hof, eine beinahe absolute Indolenz etc. Dies sind alles deutliche Kennzeichen des gummösen Syphilids. Die Kranke gibt an, nie einen geschlechtlichen Verkehr gehabt zu haben, das Hymen ist übrigens vollkommen erhalten.

Als gleichzeitige Erscheinungen zeigen sich zahlreiche Haut- und Unterhauttumoren, welche nichts anderes als Gummen sind. Ueberdies besteht eine Periostitis der Tibia.

Man inoculirt auf den Arm der Kranken einen Tropfen des Secretes, das die Ulcerationen an der Vulva liefern. Das Resultat ist negativ und bestätigt die Diagnose der Erscheinungen.

Vorgeschriebene Behandlung. Jodkali und Tonica. Verband mit Quecksilberpflaster, Bäder.

Die Heilung wird in weniger als 20 Tagen erzielt. Erstes Auftreten der Regeln. — Rasche Besserung des Allgemeinzustandes.

Ich werde nicht bei den objectiven Details verweilen, auch nicht bei der der Entwicklung der genitalen Erkrankung, welche nichts anders als gummöse Syphilide, die identisch mit allen denen, die wir bisher beschrieben haben, sind. Aber ich will Ihre Aufmerksamkeit auf zwei Eigenthümlichkeiten hinleiten.

I. Sicher haben die genitalen Erscheinungen der tardiven hereditären Syphilis ein grosses praktisches Interesse. Dasselbe besteht in den Thatsachen, dass dieselben ihrer Natur nach verkannt, und für venerische Ansteckung gehalten werden können. Zwei Ursachen erklären die Möglichkeit der Irrthümer dieser Art: nämlich einerseits der Sitz dieser Erkrankung selbst in der Genitalregion, anderer seits eine unleugbare Aehnlichkeit, welche sie häufig mit gewissen Erscheinungen der Ansteckung, vorzüglich mit dem einfachen Schanker annehmen. Es ist ganz bestimmt, dass die tertären Syphilide der Genitalorgane sehr oft mit dem einfachen Schanker vielfältige, objective Analogien haben. Sie sind wie der Schanker multipel; wie er sind sie ausgehöhlt, tiefgreifend, ausgedehnt; sie haben wie er scharf umschriebene abfallende Ränder; wie er haben sie einen gelblichen, stark eiternden Grund und zeigen oft eine Tendenz sich auszubreiten. Aus allem diesen folgt, dass man bei einem jungen Mann, oder einer jungen Frau durch diese verschiedenen Charaktere leicht dazu kommen kann, diese tertiären Erkrankungen der hereditären Syphilis für einen gewöhnlichen Schanker zu halten. Dieser Irrthum wurde oft begangen, so auch bei dem jungen Mädchen, von dem ich Ihnen soeben erzählte, die man trotz ihrer Protestationen und trotz ihrer Virginität, als mit gewöhnlichen Schankergeschwüren behaftet hielt.

Es ist wohl überflüssig, Ihnen die moralischen Consequenzen eines Irrthums dieser Art aufzuzählen. Man kann auch hinzufügen, dass sich daraus auch gerichtliche Folgen einer gewiss anderen Wichtigkeit ergeben können. Der einfache Schanker bedingt eine venerische Ansteckung, d. h. bei einem Kinde oder einem jungen Mädchen ein criminelles Attentat. Ich weiss nicht, ob eine gerichtlich medicinische Streitfrage dieser Art je aufgeworfen wurde, aber sie kann von einem Tag auf den andern entstehen, umsomehr, als dies schon bei relativ noch jüngeren Kindern der Fall gewesen ist. So kenne ich z. B. einen Fall, wo sich ulceröse Syphilide auf der Vulva eines Kindes von 15 Monaten gebildet hatten, die bald die Ursache eines der grössten Scandalprocesse geworden wären, in welchen ein sehr anständiger Mann compromittirt gewesen wäre. Ich hatte das Glück, interveniren zu können, und den Beweis zu liefern, dass diese Erkrankung der Vulva nicht das Resultat eines criminellen Missbrauches, sondern hereditär syphilitischen Ursprunges war, so dass die ganze Affaire keine Folgen hatte.

Lassen Sie mich nur mit Einem Wort zum Schluss erwähnen, dass

das diagnostische Criterium par excellence die Autoinoculation ist, welche, sobald der inocolirte Eiter einem einfachen Schanker entnommen wurde, immer einen weichen Schanker hervorbringt, und welche im Gegentheil unfruchtbar bleibt, sobald der Eiter von einem, selbst in Eiterung befindlichen gummösen Syphilid entnommen wurde.

II. Einer der fünf Fälle, welche ich beobachtet habe, erfordert ein besonderes Interesse, wegen des phagedänischen Charakters, welche diese genitalen Erkrankungen angenommen haben. Er verdient citirt zu werden.

Eine junge, 28-jährige, hereditär-syphilitische Frau, die keine venerische Ansteckung erlitten hatte, wird uns mit schrecklichen Ulcerationen an der Vulva, deren Ursprung auf mehrere Monate zurückzuführen ist, vorgestellt. Diese Ulcerationen sind auf der grossen linken Schamlippe entstanden und haben sich von da, fast auf die ganze Vulva und das Perinaeum erstreckt. Sie haben nach und nach die ganze linke Schamlippe und einen Theil der kleinen Schamlippe derselben Seite zerstört. Später haben sie nach und nach das Praeputium der Clitoris, den Scheideneingang, das Perinaeum, und das kleine rechte Labium befallen. Das Gewebe, welches sie befallen, ist nicht nur infiltrirt und hart, es ist noch dazu beträchtlich verdickt, angeschwollen aufgedunsen, beinahe elephantiasisartig; derart, dass die grosse linke Schamlippe z. B., die oberflächlich zerstört ist, eine Art von sclerosirten Wulst bildet, welcher theilweise die Vulva überragt und bedeckt. Zudem sind alle Tegumente der Vulva, welche die ulcerösen Processe verschont haben, mit einer ganzen Reihe von Erhabenheiten und erbsenförmigen Warzen bedeckt; man könnte selbe voll von kleinen gummösen Knötchen, die im Zustande der Proliferation sind, halten.

Der fremdartige Anblick einer solchen Erkrankung machte einen berühmten Arzt glauben, dass es sich hier um eine Elephantiasis der Vulva handle, und es wurde uns auch unter dieser Diagnosedie Kranke zugeschickt.

Das aufmerksame Examen der Antecedentien, mehr noch als die objectiven Zeichen, brachte uns dahin, die Diagnose zu rectificiren, und sie auf gummöse, ulcerirende Syphilide zu stellen. Die Behandlung gab uns Recht, indem sie in kurzer Zeit diesen schrecklichen Phagedänismus besserte und heilte. Ich will noch beifügen, dass die Folgeerscheinungen unsere Diagnose und zwar auf zweifache Art rechtfertigte: 1. Durch eine Recidive in situ von Zufällen derselben Art, die sich im folgenden Jahre einstellte und durch die specifische Behandlung abgeheilt wurde. 2. Durch das Auftreten eines gummösen, kreisförmigen Syphilids in der Schenkelgegend zur selben Epoche.

Was die hereditäre Herkunft dieser verschiedenen Erkrankungen betrifft, so erhellte selbe ganz klar aus den persönlichen Antecedentien der Erkrankten selbst, und aus den Nachrichten, die wir über deren Eltern erhielten.[1])

[1]) Ich habe ganz kürzlich einen analogen Fall beobachtet, der aber viel schwerer war, und eine beträchtliche Zerstörung, ja eine wirkliche Verstümmelung des Gliedes zur Folge hatte.

Dieser Fall bezog sich auf einen 29-jährigen Mann, welcher im Monate Februar 1886 mit einem tertiären Phagedänismus der Genitalien aufgenommen wurde. Diese Erkrankung, die sich auf 8 Monate zurück erstreckte, hatte beinahe den ganzen Penis

XXIV.

Subcutane Gummen.

Die subcutanen gummösen Tumoren, sind keine häufige Form der tardiven hereditären Syphilis. Ich war erstaunt zuerst selbe in meiner Statistik, nur in der geringen Zahl von 14 Fällen unter 212, zu finden, während andere Affectionen, wie die der Augen, Knochen, der Haut die Zahlen von 101, 82, 53 erreichen. Ist hier ein Fehler in der Reihenfolge, welche eine genauere ausgedehntere Beobachtung corrigiren wird? Das ist sicher möglich; denn ich kann Ihnen nicht oft genug wiederholen,

befallen, welcher schreckliche Zerstörungen erlitt. Es waren schon $^4/_5$ der Harnröhre zerstört, das Präputium verschwunden, die Urethra war in einer Ausdehnung von mehreren Centimetern perforirt; das Corpus cavernosum entblösst, und beinahe die Hälfte der Glans zerstört. Die Erkrankung war noch in vollem Fortschreiten, als der Kranke seine Aufnahme in das Hospital St. Louis wünschte

Bis jetzt wurde diese Erkrankung für einen einfachen phagedänischen Schanker gehalten, und als solcher durch verschiedene Mittel, aber ohne Erfolg behandelt.

Das, was mich bestimmte, diese Diagnose umzuändern und dafür tertiären Phagedänismus anzunehmen, war weniger der objective Anblick, als andere Erwägungen. Nachdem wir den Kranken vollständig untersuchten, bemerkte ich bei ihm andere Erkrankungen, über die er nicht klagte, und die bis dahin nicht bemerkt worden waren, nämlich: inerseits eine Exostose am Schläfenbein, und andererseits eine gummöse Periostitis des Sternums, ganz nahe am rechten Sternoclavicular-Gelenk.

Nachdem sich diese zwei Erscheinungen in aller Wahrscheinlichkeit auf eine syphilitische Ansteckung bezogen, fragte ich mich sofort, ob die Erkrankung des Gliedes nicht auch eine solche wäre, zumal der Kranke sie ebenfalls auf eine Ansteckung beziehen zu können glaubte. Zudem war die Physiognomie dieser Erkrankung weit entfernt eine solche Hypothese auszuschliessen.

Aber woher kam die Syphilis, an der unser Kranker zweifellos litt?

Handelte es sich um eine acquirirte Syphilis? Der Kranke wies ganz energisch frühere syphilitische Infectionen von sich ab. Niemals sagte er, hatte er, mit Ausnahme der jetzigen, eine venerische Erkrankung durchgemacht. Und in seinem Vorleben, das mit einer minutiösen Strenge beurtheilt und durchforscht wurde, fanden wir nichts, das nur eine Spur einer syphilitischen Ansteckung geboten hätte.

Anderseits aber entdeckte ich bald sichere Zeichen einer hereditären Syphilis. nämlich:

1. Zahlreiche Hautnarben, welche die ganze Lumbal-, Lenden-, und vordere Schenkelgegend einnahmen.
2. Höcker am Schädel, transversale Verbreitung des Schädeldaches, mit stark vorspringenden Parietalhöckern.
3. Antecedentien von chronischen Augenerkrankungen; Leucome an beiden Corneen.
4. Sehr ausgesprochene Furchen an dem einzigen Zahn, der noch intact geblieben ist (mittleren, oberen, rechten Schneidezahn).
5. Sterblichkeit der Kinder in der Familie des Patienten, der der letzte und allein Ueberlebende von 5 Kindern, die seine Mutter hatte, ist; die 4 anderen sind in früher Jugend gestorben.

Die Eltern des Kranken sind todt, aber alles lässt vermuthen, dass sein Vater syphilitisch war, denn er soll am Körper zahlreiche Wunden, welche er in sehr kurzer Zeit mit Jodkali heilte gehabt haben.

Nach diesen verschiedenen Thatsachen kam ich zur folgender Diagnose bei unserem Kranken: Tertiärer Phagedänismus und Knochenerkrankungen, die von einer hereditären Syphilis herrühren. In Folge dessen leitete ich folgende Behandlung ein: Jodkali 4—6 *g* per Tag; Jodoformverband; allgemeine prolongirte Bäder (2—3 Stunden lang); locale Bäder.

Diese Behandlung dämmte sofort das Fortschreiten des Phagedänismus ein und brachte eine rasche Vernarbung hervor. Diese interessante Beobachtung, deren geringste Details mit Sorgfalt aufgezeichnet wurden, wird bald in exstenso von Dr. Bruchet publicirt werden.

dass wir, was die tardive hereditäre Syphilis betrifft, mit unserer Wissenschaft noch in den Kinderschuhen stecken, und ich verhehle mir keineswegs, dass die Documente, die ich für mich mühsam für diese erste Skizze zusammengesammelt habe, noch der Revision bedürfen. Im Uebrigen muss ich mich heute an die Thatsachen halten, über die ich verfüge, und nach diesen Thatsachen zeigen sich die subcutanen Gummen sehr selten bei den Kranken, die uns jetzt beschäftigen.

Wenn ich diese 14 Fälle analysire, gelange ich vorerst zu dem Resultat, dass diese Erscheinungen in verschiedenen Lebensaltern auftreten können, nämlich im Alter von 3 bis zu 25 Jahren. Nachstehend zwei Beispiele.

Bei einem von einem syphilitischen Vater (den ich behandelte und noch behandle) stammenden 3-jährigen Kinde constatirte ich eine ganze Reihe von Gummen des Zellgewebes, die von der Grösse einer $^1/_2$ Pflaume waren, und die unteren Gliedmassen afficirten.

Anderseits zeigt eine junge 25-jährige Frau aus unseren Krankensälen in der Sternalgegend drei typische Gummen in verschiedenen Stadien ihrer Entwicklung, das eine ist ein solider und harter Tumor, die beiden anderen sind im Begriffe zu zerfallen.

Was den Sitz betrifft, so finde ich diese Erkrankungen folgenderweise vertheilt:

Untere Gliedmassen	6 Fälle
Obere „	3 „
Sternalgegend	2 „
Inguinalgegend	1 Fall
Axillargegend	1 „
Kniekehle	1 „
Schädelgegend	1 „
Halsgegend	1 „
Abdomen	1 „
Zahlreiche Gummen an verschiedenen Gegenden des Körpers zerstreut.	3 Fälle.

Es ist sehr häufig, dass diese Bindegewebs-Gummen zu gleicher Zeit mit anderen Erscheinungen der tardiven hereditären Syphilis vorkommen, so namentlich mit Knochen- und Augenerkrankungen. So ist es bei dem kleinen Kinde, von dem ich Ihnen sprach, wo zur selben Zeit, als die zahlreichen Gummen der unteren Gliedmassen sich vorfanden, eine Anzahl anderer specifischer Erkrankungen auftraten, welche Haut, Knochen, Leber und Gehirn betrafen.

Anderemale treten diese Gummen isolirt auf. Dann ist es möglich, dass die Diagnose schwierig sein kann, ja dass das Gumma verkannt werden kann, bis zu dem Tage, wo irgend ein Umstand oder ein Zufall den specifischen Charakter enthüllen kann. Ein Fall von Owen ist ganz typisch in seiner Art und verdient Erwähnung.

Ein fünfjähriges Kind, das sonst von guter Constitution war, zeigt einen Tumor der linken Schamgegend, einen Tumor von der Grösse einer Tanger-Orange, der hart und theilweise ulcerirt war. Diese Erkrankung hatte man ohne Zweifel für eine scrophulöse gehalten. Jedenfalls hatte man sie einige Zeit hindurch als solche behandelt, und zwar mit Leberthran, mit Eisenmitteln, aber ohne den geringsten Erfolg.

Die Sachen standen so, als das Kind Erscheinungen an anderen Stellen darbot, nämlich: ein Halsleiden mit einer tiefen Ulceration der rechten Mandel, des Gaumensegels und des Pharynxgrundes; anderseits eine doppelseitige interstitielle Keratitis. Nachdem durch diese neuen Symptome der Anstoss gegeben wurde, vermuthete man, dass Syphilis die Ursache sei; man informirte sich, und man erfuhr, dass das Kind in der That in früher Jugend zweifellose Erscheinungen der hereditären Syphilis, wie Coryza, Ulceration der Schamgegend, später doppelseitige Taubheit dargeboten habe. Nun gab man Jodkali, und im Zeitraum von sechs Wochen war der Tumor der Schamgegend, der offenbar ein Gumma war, in Aufsaugung und heilte nach kurzer Zeit, ebenso wie die Ulcerationen des Nasenrachenraumes. Ich will nicht dabei verweilen, Ihnen die Symptomatologie dieser Erscheinungen, welche bei der hereditären Syphilis dieselben wie bei der acquirirten sind, zu beschreiben. Was sie betrifft, habe ich nur einen Zug in ihrer klinischen Geschichte zu erwähnen, nämlich:

Die subcutanen, gummösen Tumoren der tardiven, hereditären Syphilis zeigen sich in zwei deutlich verschiedenen Formen, nämlich: unter der discreten Form und der confluirenden.

Die erste ist die, die man auch als die gewöhnliche, allgemeine Form bezeichnen könnte. Sie umfasst diejenigen Fälle, wo sich einfach ein einziges, isolirtes Gumma oder auch einige Gummen, 2, 3, 4 oder 5 bilden, die entweder auf einer einzigen Region vereint sind, das heisst eines in der Nachbarschaft des anderen gruppirt ist, oder die auf mehr oder weniger von einander entfernten Gegenden vertheilt sind. Die Fälle, die ich Ihnen bis jetzt citirt habe, beziehen sich auf die erste Form und es ist daher nicht nöthig, andere Beispiele anzuführen.

In der andern Form aber (die ohne gerade selten zu sein, weniger häufig ist), sieht man nicht eine Reihe von einzelnen isolirten oder gruppirten Gummen, sondern eine wirkliche Legion von Gummen. Man zählt manchmal 20, 30 und noch mehr.

In den meisten Fällen dieser Art, hat die grösste Zahl dieser Tumoren, nur ein kleines Volumen; sie sind knötchenartig, erbsengross oder von der Grösse eines Kirschkerns, und sind zur Hälfte in der Haut und anderseits im subcutanen Bindegewebe eingeschachtelt. Manchesmal überschreiten sie dieses Volumen und zeigen den Umfang einer Olive, manchesmal den einer $^1/_2$ Pflaume.

Was wird aus diesen Tumoren, wenn sie nicht behandelt werden? Sicher würden sie das Schicksal aller Gummen erfahren, d. h. sie würden erweichen und durch Ulceration entleert werden, aber ich habe keine Thatsachen vor mir, um diese Art des Ausganges jener Fälle bestätigen zu können. Dafür aber weiss ich aus Erfahrung, dass diese so ausnehmend zahlreichen kleinen Tumoren, wenn sie einer specifischen Behandlung, besonders von Jodkalium unterworfen werden, sich mit Raschheit resorbiren und ohne Spuren zu hinterlassen, verschwinden.

Wir haben vor einigen Monaten einen sehr schönen Fall der confluirenden Art dieser subcutanen Gummen der hereditären, tardiven Syphilis in unserer Behandlung gehabt. Es handelte sich um ein 19-jähriges Mädchen, von der ich Ihnen schon bei der gummösen genitalen Syphilis der hereditären Syphilis gesprochen habe. Zur selben Zeit als diese Kranke eine Reihe von ulcerösen genitalen Gummen an der Vulva

zeigte, war sie mit cutanen und subcutanen Gummen an verschiedenen Theilen des Körpers thatsächlich übersät. Ohne diejenigen, welche in der Haut begrenzt waren, haben wir 29 gezählt, die mehr oder weniger hervorragend, ihren Sitz im Zellgewebe hatten, nämlich: 11 am linken Bein; 13 am rechten, zwei an den Schenkeln und 3 am linken Vorderarm. Der grösste Theil war nicht grösser, als kleine Erbsen; einige hatten die Form und Grösse von Haselnüssen, eine einzige, die an der Wade sass, hatte die Dimension einer halben Aprikose. Unter dem Einflusse des Jods verschwanden alle diese Tumoren in einigen Wochen, und sie dürften heute kaum mehr eine Spur derselben finden.

Ebenso bezieht sich eine sehr interessante Beobachtung des Dr. Abadie auf einen jungen, 15-jährigen, hereditär-syphilitischen Knaben, welcher zur selben Zeit mit einer specifischen Ophthalmie und mit zahlreichen kleinen, subcutanen, erbsen- und knötchenförmigen Tumoren behaftet war, die das Volum einer trockenen Erbse nicht überschritten und überall, vorzüglich aber unter der Haut des Armes, zerstreut waren. Man hatte lange Zeit diesen Kranken für scrophulös gehalten und ihn als solchen lange Zeit ohne Effect behandelt. Unter dem Einfluss der specifischen Behandlung verschwanden diese Tumoren, die nichts anderes als Zellgewebsgummen waren, mit einer merkwürdigen Raschheit.

Diese Erkrankungen recidiviren sehr häufig, wie 3 unserer Beobachtungen zeigen. Ein erstes Erscheinen dieser Tumoren, kann von einer zweiten gefolgt werden. So ist es z. B. bei der Kranken, bei der ich Ihnen 3 prästernale Gummen gezeigt habe; dieselbe hatte 8 Jahre vorher verschiedene Gummen desselben Sitzes, die ulcerirten, und deren Narben sie noch jetzt constatiren können. So ist auch unser kleiner Kranker mit den 29 Gummen, nachdem sie alle geheilt waren, im letzten Monat von Erscheinungen derselben Art wieder befallen worden. Zwei Gummen sind am linken Vorderarm, und eines am rechten erschienen. Auch diese, wie die früheren, sind in 14 Tagen unter der specifischen Behandlung geheilt.

XXV.

Musculäre Gummen. — Gummen der Zunge.

Wir wollen uns gleich nach den gummösen Erkrankungen des Zellgewebes mit den Erkrankungen derselben Art an anderen Organe beschäftigen.

I. Ich habe bis jetzt nur einen Fall eines Muskelgumma als Zeichen der tardiven, hereditären Syphilis gesehen.

Es handelte sich in diesem Falle um ein 14-jähriges, hereditär-syphilitisches Mädchen, das viele Zahnmissbildungen (vorzüglich die halbmondförmigen Einschnitte von Hutchinson an den 2 oberen mittleren Schneidezähnen) zeigte, und schon vorher schwer an Syphilis gelitten hatte, als sie die musculäre Erkrankung darbot, von der wir sprechen wollen.

Ungefähr im Alter von 13 Jahren begann die Kranke sich über Schmerzen in der oberen inneren Partie der rechten Wade zu beklagen. Bald ging sie nur mehr schwierig, und begann zu hinken. Das Uebel nahm zu, sie konnte nur auf den Fussspitzen, in Spitzfussstellung gehen.

Porak und ich, die wir zu gleicher Zeit consultirt wurden, constatirten folgenden Zustand: Schwieriger Gang, der nur auf den Fuss-

spitzen möglich ist; Schmerzen bei den natürlichen Bewegungen; Schmerzen bei den Bewegungen, die man mit dem Fusse ausführt, also vorzüglich, wenn man versucht, den rechten Fuss ans Bein zu drücken. Das rechte Bein leicht ödematös in der Gegend der oberen und inneren Partie der Wade, welche den Sitz eines deutlich zu fühlenden Tumors ist; keine Veränderungen der Farbe der Haut. Diese Anschwellung entspricht genau dem oberen Viertel des inneren Biceps der Wade. Es ist leicht durch Palpitation zu erkennen, dass der Sitz der Anschwellung und des Schmerzes nicht in den oberflächlichen Partien der Wade (Haut, Zell- und Fettgewebe) ist, sondern in den tiefen Partien, d. h. im Muskel. Ganz deutlich ist es der Muskel, und der Muskel allein, der die Ursache ist. In einer Ausdehnung von 7 bis 8 Centimeter in der Höhe, und 4 bis 5 in der Breite, zeigt er sich als eine compacte, feste, resistente, harte Masse, welche mit der Weichheit der umgebenden Gewebe im Gegensatze steht. Mit dieser Masse kann man leichter seitliche Bewegungen ausführen, wenn der Muskel erschlafft ist; im Gegentheil wird dies unmöglich, wenn der Muskel in Contraction ist.

Was kann eine Degeneration eines Muskels bei einem Kind von 12 Jahren sein. Nach Erwägung der Antecedentien und ebenso des Charakters der Erkrankung, waren Porak und ich der Meinung, dass wir es mit einer gummösen Myositis des Biceps internus zu thun haben. In diesem Sinne wurde die Behandlung eingeleitet und ich kann mit Genugthuung erwähnen, dass das Resultat unsere gemeinsame Diagnose vollkommen rechtfertigte.

II. Häufiger noch sind die gummösen Erkrankungen der Zunge. Ich finde unter meinen Notizen 4 Fälle von hereditärer Syphilis, die ich an Personen im Alter von 12, 14, 16 und 24 Jahren beobachtet habe. Folgendes wird uns zum Beispiel dienen:

Ein 24-jähriger Mann, in bester Gesundheit und scheinbar sehr kräftig, zeigt sich bei unserer Consultation im Spitale St. Louis wegen einer Zungen-Krankheit, an der er seit einem Jahre leidet. Wir constatiren zwei sehr grosse Ulcerationen an der Zunge, und nehmen den Kranken sofort auf.

Dieser junge Mann erzählt uns, dass er seit einem Jahre hinten im Munde und im Halse Schmerzen hatte, und in der letzteren Zeit leidet er viel mehr, so dass er nur mit Mühe schlucken kann; ja seit einigen Tagen ist ihm sogar das Sprechen schwer und schmerzhaft geworden. Er hat gegen das Uebel keine Behandlung erfahren, es scheint nur, dass ihm ein Pharmaceut schmerzstillende Mittel gegeben habe.

Er hat an der Zunge, ganz an der hinteren Fläche derselben zwei grosse tiefe Ulcerationen, die folgenden Anblick darbieten:

Die eine ist auf der linken Hälfte des Organes gelegen; sie misst im Durchmesser von vorn nach hinten $2^1/_2$—3 Centimeter, bei einer Breite von wenigstens 1 Centimeter und ist eiförmig; zu dem zeigte sie nach rückwärts eine krummlinige Verlängerung, die sich bis zum linken Rand der Epiglottis erstreckt. Sie ist $1^1/_2$ Centimeter tief, so dass man das ganze Endglied des Zeigefingers leicht hineinlegen kann. Ihre Ränder sind scharf abgeschnitten; sie beschreiben da und dort kleine Kreissegmente, sie sind sehr hart, roth, wie abgehackt und bilden über die umgebende Schleimhaut eine Hervorragung von einigen Millimetern. Ihr Grund ist gelb, dickeitrig, und man kann mit Hilfe eines Charpiepinsels

sphacelirte Trümmer des Gewebes abwischen. Diese Ulceration ist in der Ausdehnung von 1—2 Centimetern von einer sehr stark indurirten, sclerosirten Gewebszone umgeben, die auf ihrer Oberfläche ungleich ist, und Läppchen und Warzen bildet, die durch krummlinige Furchen getrennt sind.

Weiter nach rückwärts an der rechten Seite der Zunge befindet sich eine zweite Ulceration, die nur mit Hilfe des Kehlkopfspiegels entdeckt oder wenigstens in ihren Details erkannt werden kann. Sie ist kleiner als die vorherige, deren objectiven Anblick sie übrigens in allen Details darbietet. Sie ist von der Grösse einer grossen Haselnuss und zeigt ebenfalls eine Verlängerung von mehreren Centimetern in der Richtung der Epiglottis. Wie die vorhergehende ist sie tief ausgehöhlt, gelblich und am Grunde dickeitrig belegt, von hervorragenden scharf abgehackten Rändern eingefasst, die roth und sehr hart sind. Sie ist auch von einer sclerosirten, indurirten, durch eine Reihe von Fissuren, die sich nach allen Richtungen kreuzen, in Lappen und Läppchen getheilte Gewebsfläche umgeben.

Eine vollständige Untersuchung lässt uns eine andere Krankheitserscheinung des Patienten, von der er nicht gesprochen hat, erkennen; nämlich eine doppelte Sarcocele, die ich Ihnen für den gegen wärtigen Augenblick nicht beschreibe, weil ich Ihnen gegebener Zeit davon sprechen werde; eine Sarcocele, welche durch eine eiförmige Anschwellung beider Hoden gebildet ist, die höckerig ist, eine Gesammtresistenz des Organes, und knötchenartige, zerstreute Indurationen zeigt.

Kehren wir zu den Zungenerkrankungen zurück. Das Aussehen derselben war so, dass vom ersten Anblick unsere Diagnose feststand. Ganz sicher und über allen Zweifel erhaben, hatten wir gummöse Erkrankungen vor uns, wie uns sowohl die tiefe Aushöhlung, der Zustand der so deutlich scharf abgehackten Ränder, ihr dickeitriger Grund, ihre Gestalt und ihre periphere, so eminent charakteristisch in Läppchen getheilte Randzone bewies. Dies alles ist ja wohl im hohem Grade das, was ich Ihnen vor einigen Jahren, unter den Namen sclero-gummöse Glossitis beschrieben habe.[1]) Eine Differentialdiagnose ist hier weder zwischen dem Krebs, dem Epitheliom, dem tuberculösen Ulcus noch mit was für immer einer Erkrankung, die nicht zur Syphilis gehört, aufzustellen. — Anderseits dient die doppelte Sarcocele, die doch offenbar specifisch ist, und die wir bei unseren Kranken entdeckt haben, zu einer weiteren Stütze der Bestätigung unseres Urtheils.

Wir haben es also hier sicher mit gummösen Ulcerationen zu thun, die aus dem Schmelzen tiefer Zungengummen entstanden sind.

Nun stellt sich ein neues Problem auf. Woher kommen diese lingualen Gummen und diese Sarcocele? Von einer acquirirten Syphilis? Aber unser Kranke, den man lange und genau über diesen Punkt ausgefragt hat, leugnet jedes syphilitische Antecedens. Niemals, sagte er uns, hatte er ein schlechtes Leiden, ein venerisches Uebel, niemals einen Schanker oder eine verdächtige Erkrankung am Gliede. Niemals am Körper einen Ausschlag, noch Flecken an der Handfläche, oder Eruptionen im Munde, Kehlkopfschmerzen, Haarausfall, Kopfschmerzen etc. etc.

[1]) Des Glossites tertiaires, leçons recueillies et publiées par H. Buzot Paris 1877.

Muss man also an eine hereditäre Syphilis denken, obwohl der Kranke schon 24 Jahre alt ist? Unsere Nachforschungen erstrecken sich in diesem Sinne und eine genaue Untersuchung an der sich mein Freund und College Brocq und ich betheiligten, zeigte uns Folgendes: In der That war der Patient von den Eltern aus hereditär-syphilitisch und war in seiner Jugend von unzweifelhaft specifischen Erscheinungen befallen. Es folgen hier darüber einige Details, welche Sie mir hier zu reproduciren erlauben werden, denn Sie wissen, dass Fälle dieser Art von einer Anzahl unserer Collegen stets angezweifelt werden.

Der Vater des Kranken war im Jahre 1857, das ist zwei Jahre vor der Geburt seines Sohnes inficirt, und hatte Erscheinungen, welche mehrere Aerzte für Plaques muqueuses (Ulcerationen an den Lippen, am Munde und Anus) gehalten haben. Ausserdem hatte er im Jahre 1860 eine allgemeine Eruption, wegen welcher er im Spitale de la Pitié Hilfe suchte. Dort sagte man ihm, dass dieser Ausschlag die Folge seines alten Schankers sei, und man schickte ihn ins Spital du Midi. Daselbst wurde er von Puche wegen einer constitutionellen Syphilis behandelt.

Nachdem er sich im Jahre 1858, zu einer Zeit, wo er noch die Plaques muqueuses an den Lippen und am Anus hatte, verheiratete, steckte er ohne Zweifel bald seine Frau an. Die Frau wurde sofort schwanger, und merkte einen Monat nach der Geburt des Kindes (unseres gegenwärtigen Patienten), dass sie grosse Knötchen an den Schamtheilen habe, und dass auch ihr Kind am ganzen Körper einen Ausschlag von kleinen rothen Papeln zeigte. Sie consultirte nun einen Arzt, der ihr sagte, dass sie ein übles Leiden bekommen habe, dass sie constitutionelle Syphilis habe, und dass auch ihr Kind von demselben Leiden inficirt sei. Dieser Arzt erklärte die Erkrankungen der Mutter an der Scheide, sowie diejenigen, die das Kind am Anus und am Munde hatte, für Plaques muqueuses. Es wurde zu jener Zeit eine Behandlung eingeleitet, deren Natur wir nicht ermitteln konnten, aber man erfuhr, dass Sublimatbäder verordnet wurden.

Was denken Sie, meine Herren, von den Resultaten dieser Untersuchung? Erhellt nicht die hereditäre Syphilis unseres Kranken auf die augenscheinlichste und klarste Weise?

Wollen Sie auch urtheilen, ob unsere Diagnose durch die Resultate unserer Behandlung gerechtfertigt wurde.

Der Kranke trat in unseren Saal mit den schrecklichen Erkrankungen, die ich Ihnen beschrieben habe, am 13. Jänner ein, und wurde der Jodbehandlung am 14. unterzogen. Nun am 8. Februar, also 25 Tage später, war er geheilt und verliess vollkommen wohl am anderen Tage das Spital. Es ist bezeichnend, und liefert einen Beweis für deren specifische Natur, wenn solche Erkrankungen in 4 Wochen unter dem Einflusse des Jodkali abheilen.

Also summarisch: Tiefe linguale Gummen, die an einem 24-jährigen Individuum entstanden und deutlich hereditär-syphilitischen Ursprunges sind. Dies ist das Resumé dieser wirklich interessanten und instructiven Beobachtung.

Ich habe Ihnen durch dieses Beispiel die lingualen Gummen in der Periode ihrer Ulceration beschrieben, und will Ihnen jetzt die Periode ihrer Vernarbung beschreiben.

Sie sehen hier einen 18-jährigen, hereditär-syphilitischen Kranken,

welcher mit 16 Jahren an gummösen Erkrankungen des Nasenrachenraumes und der Zunge litt. Er wurde hier behandelt und geheilt. Aber betrachten Sie die darauf folgenden Zerstörungen. Einerseits Verstümmelung des Gaumensegels, dessen Stumpf eine vollständige, absolute Adhärenz an den Pharynx zeigt; anderseits ist die Zunge, was ihre Form betrifft, im Niveau ihrer rechten Hälfte sehr verändert. Hier besteht eine tiefe Depression, die wenigstens einen Centimeter ausgehöhlt ist und eine V-förmige Vertiefung in das Organ selbst bildet; in der ganzen Umgegend befinden sich buchtige Läppchen, Wälle, Narbenzüge fibröser Art, allgemeine Verhärtung der ganzen Gegend.

Dieser letzte Fall dient mir als Uebergang zu einer Eigenthümlichkeit, welche ich thatsächlich noch erwähnen will. Es ist die häufige Coincidenz dieser Zungengummen mit anderen gummösen Affectionen des Nasenrachenraumes, des Mundes und des Larynx. Unter vier Fällen, über welche ich verfüge, beziehen sich drei auf Kranke, welche zur selben Zeit mit ihrer Zungenerkrankung ähnliche Leiden auf dem Gaumensegel der Mundschleimhaut, endlich am Pharynx und der Epiglottis hatten.

Eine letzte Bemerkung: Die gummösen Ulcerationen der Zunge sind bis zum heutigem Tage, soviel ich weiss, noch nicht als Manifestationen der tardiven hereditären Syphilis bezeichnet worden, obwohl selbe sich den Beobachtern oft und oft darbieten mussten. Man hat sie also entweder der acquirirten Syphilis zugeschrieben, oder sie sind ihrer Natur nach verkannt geblieben. Nach verschiedenen Beispielen, die ich citiren könnte, scheint es mir nicht zweifelhaft, dass man sie öfter für scrophulöse Erkrankungen gehalten hat, was übrigens das gewöhnliche Schicksal aller gummöser Ulcerationen des Mundes ist, wie wir aus dem Vorhergehenden gesehen haben. Ich bin der Ueberzeugung, dass die Bilanz des bucco-gutturalen Schleimhautlupus ausserordentlich entlastet würde, wenn man von ihm eine Anzahl von Fällen, mit denen er sich, auf Kosten der unerkannten hereditären Syphilis bereichert hat, abzöge.

XXVI.

Syphilitische Sarcocele.

Die specifische Sarcocele, die, bekanntlich in der ersten Kindheit beobachtet wird, kommt auch manchesmal als eine Erscheinung der tardiven hereditären Syphilis vor.

Das Factum selbst scheint aber ziemlich selten zu sein, denn ich finde unter meinen Aufzeichnungen bei im Ganzen 212 Beobachtungen nur 6 Fälle. Es muss jedoch wahrheitsgemäss bemerkt werden, dass die Erkrankung in Folge ihrer Indolenz günstige Gelegenheit hat, unbemerkt zu bleiben.

In den 6 Fällen, über die ich verfüge, zeigte sich die Hodenerkrankung bei unseren hereditär-syphilitischen Kranken ganz identisch mit der der acquirirten Syphilis. Es genügt daher, ganz summarisch die Hauptcharaktere aufzuzählen.

Anschwellen der Hoden, aber immer ein mässiges Anschwellen, das sehr selten einen sichtlichen Tumor des Organes herbeiführt, ich

sage sichtbar für den Kranken und nicht derart, um einen Verdacht zu erwecken; es ist eine Anschwellung mit Erhaltensein der ovoiden Form des Hodens, welche immer bewahrt bleibt; eine Verhärtung der Drüse, die allgemein sein kann, aber auch häufig partiell, das heisst, indem sie sich in Inseln in Feldern zeigt, in deren Niveau die Albuginea, wie durch eine knorpelige Schale gedeckt, — sehr hart, und zwar von einer trockenen, sehr compacten, knorpelartigen Härte ist, die sich nicht unter dem Finger eindrücken lässt; hier und dort finden sich manchesmal kleine Unregelmässigkeiten und Ungleichheiten, die durch kleine Knötchen gebildet sind und mit Recht nodules de Ricord genannt werden; sie fühlen sich wie kleine Schrottkörner oder trockene Erbsen an, die in die Albuginea eingeschlossen sind, und deren Oberfläche sie leicht überragen; manchesmal findet sich ein leichter Erguss in die tunica vaginalis; es besteht eine Integrität des vas deferens, der Samenbläschen und der Prostata; und zum Schluss, wenn die Erkrankung ihrem natürlichen Lauf überlassen ist, zeigt sich eine scleröse Atrophie des Organes.

Zwei Beispiele, die Sie in unserer Klinik unter Augen haben, mögen zur Vervollständigung dieses raschen und sehr beschränkten Exposés dienen.

Ein 24jähriger junger Mann war zu eben der Zeit, als er die oben beschriebenen Zungen-Gummen hatte, mit einer specifischen, beiderseitigen Sarcocele behaftet. Seine zwei Testikeln waren geschwellt, ovoid, im Ganzen hart, aber eigenthümlich hart und wie cartilaginös an einzelnen Punkten, und dann hie und da durch kleine erbsenförmige Erhabenheiten höckerig. Seit wann trug er diese Erkrankung? Dies wusste er absolut nicht, aus dem einfachem Grunde, weil er niemals daran Schmerzen hatte. Es ist jedoch wahrscheinlich, dass diese Affection nicht sehr alt war, denn sie erfuhr unter dem Einflusse des Jodkali eine sehr rasche und beträchtliche Besserung, welche nicht stattgefunden hätte, wenn sie schon die sclerös fibrinöse Degeneration eingegangen wäre.

Als zweites Beispiel erinnern Sie sich des kleinen $4^1/_2$jährigen Kindes, welches in der letzten Zeit jeden Mittwoch von seiner Mutter hieher geführt wurde; es zeigte zwei Erkrankungen, von denen die eine so formell specifisch war wie die andere; nämlich: einerseits interstitielle Keratitis, und andrerseits eine doppelseitige Sarcocele, die sich durch eine harte, beinahe holzartige Anschwellung der Testikel charakterisirte. Wir haben auf den ersten Blick nach diesen zwei Erkrankungen, und vor jeder Untersuchung der Eltern, auf Syphilis, und aller Wahrscheinlichkeit nach auch auf hereditäre Syphilis als Ursache dieser Erkrankung geschlossen. Diese Diagnose wurde nachträglich auf eine dreifache Weise bestätigt und zwar 1. durch das Geständnis des Vaters, welcher zugab, sich einige Jahre vor der Geburt des Kindes Syphilis zugezogen zu haben; 2. durch die Erzählung der Eltern, aus der hervorging, dass ihr Kind im Alter von einigen Wochen, mit verschiedenen Erkrankungen behaftet war, welche für syphilitische gehalten und als solche glücklicherweise von einem Arzt behandelt wurden; 3. endlich, durch den raschen Erfolg der specifischen Behandlung, welche im Zeitraum von ungefähr einem Monat die Keratitis und die Sarcocele geheilt hat.

Lassen Sie mir noch einen anderen Fall erwähnen, den ich vor Kurzem beobachtet habe, und welcher die genaue Reproduction des

vorhergehenden ist. Es existirt unter diesen zwei Fällen eine sehr merkwürdige Gleichheit der Symptome, die, wenn es nothwendig wäre, ein thatsächliches Zeugniss der Identität ihres eigenthümlichen Ursprunges wäre.

Vor einigen Wochen wurde mir ein Kind von 14 Jahren, das an einer Augenerkrankung litt, von seinem Vater vorgestellt. Der Herr erzählte: Mein Kind leidet seit einiger Zeit an einer Augenerkrankung, die ich durch Dr. Galezowski behandeln liess und der sie, wie mir scheint, interstitielle Keratitis nannte. Da ich aber Verdacht schöpfte, dass diese Erkrankung auf einige alte Fehltritte meines Junggesellenlebens Bezug haben könnte, so will ich über diesen Punkt klar sein. Hier die Thatsachen. Ich hatte vor 17 Jahren Syphilis, die ich, wie ich gestehen muss, schlecht behandelt habe, so schlecht, dass mein Kind sie geerbt hat. Im Alter von einigen Wochen war es mit Knötchen bedeckt, mit Ulcerationen an den Geschlechtstheilen und Schenkeln, und Krusten am Kopfe. Mein Arzt hat alles dieses für syphilitisch erklärt, und gab dem Kinde einige Wochen hindurch Syrup de Gibert, und hat es endlich ausgeheilt. Seit jener Zeit zeigte sich nichts, als das thatsächlich bestehende Augenleiden.

Ich untersuche das Kind, und finde es in der That, obwohl in diesem Falle eine Controle unnöthig war, an einer doppelseitigen, interstitiellen Keratitis leidend. Aber ausserdem entdecke ich etwas, wovon man mir nicht sprach, und was die Eltern bis jetzt auch noch nicht wahrgenommen hatten, nämlich eine typische Sarcocele, die sich durch ein Gesammtbild von Zeichen verrieth, deren Wiederholung ich Ihnen ersparen will. Natürlich liess ich die Behandlung, die mein Freund Dr. Galezowski verschrieben hatte (mercurielle Einreibungen und Jodkali) fortsetzen. Letztere Tage habe ich das Kind wieder gesehen und die Sarcocele war schon geheilt, während die Keratitis nur anfieng sich zu bessern.

XXVII.

Drüsenleiden. Falsche Drüsenscrophulose.

Ich erwähne nur eine allgemeine Thatsache, wenn ich behaupte, dass alle hereditärsyphilitischen Individuen ausserordentlich zu Drüsenschwellungen geneigt sind. Dies beweist die Mehrzahl der wissenschaftlichen Beobachtungen, dies beweisen auch die zahlreichen Kranken, die ich zur Demonstration in der Klinik versammelt habe. Untersuchen Sie dieselben, und Sie werden, wenn auch nicht bei allen, so doch bei der Mehrzahl derselben Drüsenerkrankungen an verschiedenen Orten beobachten, die aber meistens an der vorderen Halsgegend ihren Sitz habe.

Aber noch eine zweite, nicht minder evidente Thatsache erhellt ebenfalls aus der klinischen Beobachtung, nämlich, dass nicht alle diese Drüsenerkrankungen, die man bei den hereditärsyphilitischen Personen beobachtet, unter sich identisch sind, und dass sie nicht alle von ein und demselben Krankheitsprocess herkommen.

Um von den am meisten ins Auge springenden Differenzen, die nicht einen Augenblick verkannt werden können, zu sprechen, so gibt es gewisse Drüsenleiden, welche die Symptome, die Entwicklung,

die allgemeine Physiognomie der scrophulösen Drüsenschwellungen annehmen. Diese sind hier in der That scrophulöse Drüsenschwellungen, die sich auf syphilitischen Personen entwickelt haben, sie sind scrophulöse Drüsen, die sich mit der Lues compliciren; dies ist nichts staunenswerthes, wie Sie wissen, da es ja sehr häufig ist, die Scrophulose auf diese Weise und auf einem gemeinsamen Boden vereint zu sehen.

Aber es ist anderseits nicht minder bewiesen, dass gewisse Adenopathien, welche bei unseren Kranken nicht selten sind, sich unter dem gewöhnlichen Typus einer scrophulösen Erkrankung entwickeln. In was bestehen diese nun? Im Folgendem:

Sie sind entzündungslose Adenopathien, welche einen Zustand von permanenten Drüsenhypertrophien bilden, ohne Tendenz zum eitrigen Zerfall, oder zur chronischen Eiterung, welche ja das gewöhnliche Ende aller lymphatischen Adenitiden ist.

Diese Adenopathien entstehen ohne Hitze, langsam, heimtückisch. Weiters entwickeln sie sich auf eben dieselbe Weise, ohne den mindesten Schmerz, die mindeste locale Reaction, die mindeste sympathische Störung hervorzurufen.

In späterer Zeit sind sie von hyperthrophirten, olivenartigen oder kugeligen Drüsen gebildet, die eine im Ganzen glatte Oberfläche haben, und consistent, fest, elastisch sind, sich sowohl unter der Haut, als auch in den tieferen Partien bewegen lassen, die bei der Palpation schmerzlos und meistens zahlreich sind. In Bezug auf ihre Grösse schwanken sie zwischen der Grösse einer Haselnuss und einer Aprikose, ohne jemals, (mit sehr seltenen Ausnahmen, von denen ich für meinen Theil noch keine beobachtet habe), die aussergewöhnlichen Dimensionen gewisser Drüsentumoren anderer Natur zu erreichen.

Später aber, und dies ist ihr bemerkenswerther und wichtigster Charakter, glaube ich, wenn sie am Ende ihrer Entwicklung angelangt sind, bleiben sie das, was sie sind, immobil, was ihre Grösse, immobil, was ihre Entwicklung betrifft. Sie bleiben, was sie sind, nicht allein für Monate, sondern für Jahre.

Beispiele.

In einem Falle von Dr. Abadie existirten submaxilläre und präauriculäre Drüsenschwellungen schon seit 3 Jahren, und verschwanden bei genügender Behandlung.

In einem Falle von Rivington bestanden Halsdrüsen seit 14 Jahren. Wir wollen letzteren Fall, welcher ohne Zweifel eine seltene Ausnahme bietet, nicht in Rechnung ziehen, aber immerhin können diese Erkrankungen ungewöhnlich lange dauern und den status quo nicht minder staunenswerth erhalten.

Wir wollen endlich, um das Bild zu vervollständigen hinzufügen, dass man sie manchmal ihre kalte und entzündungslose Art verlassen sieht, um in einem gegebenen Moment ihrer Entwicklung in eiternde Adenitiden zu degeneriren. Sie abscediren dann, öffnen sich und entleeren sich nach die Art gewöhnlicher Adenitiden, aber ohne jemals diese chronischen und fistulösen Eiterherde, wie sie der Scrophulose eigen sind, zu bilden.

Diese Adenopathien der hereditären Syphilis haben gewisse Lieblingslocalisationen, nämlich die seitlichen Gegenden des Halses und die Submaxillargegend. Es ist viel seltener, sie in der Inguinal- oder Axillargegend zu finden.

Manchesmal befallen sie die Drüsen des Mediastinums und des Mesenteriums. Im Vorübergehen wollen wir eine merkwürdige Beobachtung feststellen, nämlich, dass die Hauptprädilectionsstellen dieser hereditären syphilitischen Drüsenerkrankungen dieselben, wie bei der Scrophulose sind.

Diese Adenopathien der hereditären Syphilis beschränken sich meistens auf eine oder der andere Gegend. Es gibt jedoch Fälle, wo sie sich vervielfältigen und sich disseminiren, und gleichsam eine Tendenz zum Allgemeinwerden haben; so z. B. in der Beobachtung von Rivingston constatirte man ganze Serien von Drüsenpaqueten, von denen die einen am Halse rosenkranzförmig vom Ohre bis zur Clavicula herunter sich erstreckten, die anderen die Leistenbeuge einnahmen, wieder andere in den Achselhöhlen vorkamen.

Was sind nun diese Drüsenleiden wirklich ihrer Natur, der Art ihrer Erkrankung nach? Die pathologische Anatomie hat sich ihrerseits noch nicht ausgesprochen, aber man kann hoffen, dass sie die differenten Formen und Arten erkennen wird. Ich für meinen Theil glaube, dass sie dieselben wenigstens in zwei Abtheilungen scheiden wird, in die eine, die durch specifische Erkrankungen gebildet werden, und in die, die es durch gewöhnliche Ursachen werden. Mit andern Worten, glaube ich, dass die einen dieser Adenopathien direct von der Syphilis abstammen, die andern indirect von ihr herkommen, d. h. dass sie nur der mittelbare Ausdruck des allgemeinen Einflusses, den die Syphilis auf die Constitution, das Temperament, die Gesundheit ausübt, sind. Was mich in dieser Ansicht bestärkt, ist der Contrast der therapeutischen Wirkungen, von denen ich Ihnen jetzt sprechen will.

In der That sieht man manchesmal die specifische Behandlung auf diese Adenopathien in der Weise wirken, wie sie es gewöhnlich auf die specifischen Erkrankungen thut, das heisst, sie schnell bessert, resorbirt, und sie heilt. Als Beispiel will ich Ihrem Gedächtnis einen früher citirten Fall zurückrufen, wo ein 15jähriges Kind, das an einer Iritis und an Hautgummen litt, ausserdem seit 3 Jahren voluminöse Anschwellungen der Unterkiefer und präauriculären Drüsen zeigte.

Mehrere renommirte Aerzte hatten diese Erkrankungen für scrophulöse gehalten und der Reihe nach Jodeisen, Leberthran, Aufenthalt an der See verschrieben. Aber die Zustände blieben und verschlechterten sich sogar, bis Dr. Abadie Verdacht schöpfte, dass die Syphilis daran Schuld sein könnte, dann bei dem Kinde eine unzweifelhaft hereditäre Syphilis constatirte und eine specifische Behandlung verschrieb. In einer bemerkenswerthen Weise besserten sich sofort alle drei Reihen der Erkrankungen; die Drüsenpaquete besonders verkleinerten sich sichtlich und verschwanden in einigen Wochen.

Manchmal aber, bleibt dieselbe Behandlung ohne Einfluss auf die in Frage stehenden Drüsenschwellungen, gerade als wenn es sich nicht um specifische Erkrankungen handelte. Sie lässt sie bestehen und ändert sie in keiner Weise. Ist dies nicht ein Zeichen der nicht specifischen Qualität dieser Drüsenschwellungen?

Wie dem auch sei, um in den praktischen Bereich zurückzukehren, so muss man angeben, dass die Adenopathien der tardiven hereditären Syphilis die Quelle eines Irrthums in sich bergen. Es ist leicht, sie für das zu halten, was sie nicht sind, wenigstens was sie in einer grossen

Zahl von Fällen nicht sind, — für scrophulöse Erscheinungen. Sie haben einerseits gar keine eigenen Symptome, andrerseits bilden sie entzünduugslose, indolente Drüsenschwellungen, so wie es die scrophulösen Bubonen in ihrer ersten Zeit sind; endlich haben sie dieselbe Localisation, wie die scrophulösen Drüsen; daher ist aus allen diesen Gründen das Verkennen häufig. Sie haben in dem gerade früher citirten Falle ein Beispiel, deren ich noch mehrere erwähnen könnte.

Darum, meine Herren, misstrauen Sie dieser falschen Drüsenscrophulose, welche manchesmal hereditäre Syphilis ist und erinnern Sie sich wohl, dass hier, wie in anderen Fällen, das beste, ja einzige Mittel, einen Irrthum dieser Art zu vermeiden, die Erhebung der Antecedentien ist.

XXVIII.

Affectionen des Nervensystems.

Mit den Affectionen des Nervensystems beginnen wir eines der wichtigsten, und ich kann sagen, eines der wenig bekannten Capitel unseres Programmes.

Indem ich Ihnen in der Vorrede sage, dass hier von sehr vielen Erscheinungen der hereditären tardiven Syphilis die Sprache sein wird, als da sind: Paralysen, Hemiplegien, intellectuellen Störungen (z. B. cerebrale Asthenie, Geistesschwäche, Idiotismus), Affectionen des Rückenmarkes (wie Paraplegie, Sclerose en plaques, Ataxie etc.) — künde ich Ihnen an, dass wir einen sehr wichtigen Gegenstand beginnen, der, was klinisches und praktisches Interesse betrifft, gross ist, der neu, complicirt und schwierig und äusserst fruchtbar für Controversen ist.

Dieses Thema lässt sich ganz natürlich in drei Paragraphe in folgender Weise abtheilen und zwar in

Erscheinungen der hereditären, tardiven Syphilis, welche

1. das Gehirn;
2. das Rückenmark;
3. die Nervenstränge betreffen.

Beginnen wir mit den Gehirnerkrankungen.

XXIX.

I. Gehirnaffectionen.

Es ist wohl gegenwärtig nicht mehr zweifelhaft, dass die hereditäre Syphilis cerebrale Erscheinungen hervorbringen kann, theils directe, das heisst, indem sie sofort das Gehirn befällt, theils indirecte, indem das Gehirn durch die Erkrankung der Nachbarschaft ergriffen wird.

Die Beispiele davon sind in der ersten Jugend ausserordentlich häufig, und es ist nur zu wundern, dass sie nicht früher als jetzt bemerkt wurden. Die Beobachtungen, bei welchen man bei der Autopsie von kleinen, syphilitischen Kindern Erkrankungen, sei es des Craniums, sei es der Meningen oder der Sinus, sei es der Arterien oder des Gewebes des Gehirnes selbst, oder der Nervenstämme, gefunden hat, sind ausserordentlich zahlreich. Die Thatsachen dieser Art interessiren uns nur indirect und nebenbei, weil sich der Rahmen unserer Studie nur auf die here-

ditäre, tardive Syphilis beschränkt; doch müssen selbe nichts destoweniger hier Platz finden, denn sie werden uns gewisse Zustände des Gehirns, die man nicht selten bei im Alter vorgerückteren Personen bemerkt, und von welchen Zuständen ich Ihnen bald sprechen werde, aufklären. Ich will ihnen daher einige der in Frage kommenden Thatsachen erzählen.

Cruveilhier hat bei der Autopsie eines syphilitischen Neugebornen gefunden, dass die Dura mater in der Höhe der Orbitalwölbung des Stirnbeines mit Eiter infiltrirt war.[1])

In einem identischen Falle, von Charrier, bestanden grosse eitrige Flecken im Schädelinnern zwischen Dura mater und Knochen.[2])

Mehrere Autoren, um nur Wegner, Waldeyer, Köbner, Parrot zu nennen, haben an ganz jungen syphilitischen Kindern Periostitiden im Innern des Schädels gefunden, die mehr oder weniger ausgebreitet waren. Ich könnte für meinen Theil ebenfalls mehrere Fälle derart erwähnen.

Nach einem Obductionsbefund von Bargioni hob eine gelbe Masse gummöser Art die Dura mater im Niveau des Stirnbeines ab.

Ch. Robin hat eine cerebrale Sclerose bei einem luetischen Kinde constatirt.

Virchow hat in dem Gehirn eines syphilitischen Neugebornen kleine weissliche und gelbliche Heerde, aus fettigen Granulationen gebildet, constatirt.

Daniel Mollière erwähnt eines Falles, wo ein viermonatliches Kind rasch an Gehirnerscheinungen starb; die Autopsie ergab Folgendes:

Intensive Hyperämie der pia mater; die Gefässe derselben hatten ein beträchtliches Volumen; sehr abundanten Erguss in den subarachnoidealen Raum; vielfache Gefässzerreissungen; blutige Infiltration des Gewebes, etc.[3])

Drei interessante Beobachtungen von Barlow zeigen uns verschiedene Erkrankungen, die sich im Gehirn syphilitischer Kinder entwickelt hatten, nämlich:

Erstens: Beträchtliche Verdickung der pia mater, die beinahe fibrös, ja an einigen Punkten wie verkalkt war; Verwachsungen der Meningen; Fissur der fossa Sylvii, die angefüllt war durch plastische Exsudate; die Gefässe, die an ihren Wänden interstitielle Verdickungen zeigten, ja stellenweise sogar obliterirt waren, verdickt, undurchsichtig.[4])

Im zweiten Fall, wichtige Veränderungen an mehreren Gehirnarterien (basilaris, obere rechte Gehirnarterie, hintere Gehirnarterien), bei denen die tunica verdickt, undurchsichtig und das Lumen verengt war; an der unteren Partie des Basilarstammes bestand eine Gruppe von Knötchen, wahrscheinlich gummöser Natur.[5])

Im dritten Fall endlich, arterielle Erkrankungen identisch mit den zwei Vorangegangenen; und überdies interstitielle Gummen an mehreren Nervenpaaren.

Trémeau de Rochebrune erwähnt in seiner Inaugural-These eines syphilitischen Kindes, welches am zweiten Tage nach seiner Geburt starb,

[1]) Atlas d'anatomie pathol. liv. XV. abs. 10, p. 6.
[2]) Gazette des hospitaux 1854, p. 172.
[3]) Annales de dermat. et de syph. t. II. p. 408.
[4]) The medical Times, 1877, p. 106.
[5]) The medical Times 1879 p. 129.

und bei dem man nebst anderen specifischen Erscheinungen, bedeutendere cerebrale Erkrankungen fand:

Sinus vollgefüllt mit Blut, Gehirn sehr stark injicirt, sogar im Niveau der interhemisphären Spalte erweicht; die Gehirnsubstanz selbst besäet mit kleinen, eitrigen, gelben, indurirten Herden, etc. etc.[1])

In einem andern Falle, desselben Arztes, der ein syphilitisches Kind betraf, welches im Alter von 8 Tagen erlag, fand man „das Gehirn und die Meningen injicirt, alle Gefässe strotzend von Blut, die Masse des Gehirns in grosser Ausdehnung erweicht, mit kleinen, gelblichen Heerden von der Grösse eines Stecknadelkopfes oder eines Hankornes.[2])

H. Chiari erwähnt die interessante Beobachtung von M. Zeissl, dass ein hereditär syphilitisches Kind, nachdem es im jugendlichen Alter verschiedene Erscheinungen einer hereditären Syphilis dargeboten hatte, (Plaques muqueuses, Syphiliden, Ulcerationen der Nase und des Schlundes etc.) im Alter von 10 Monaten von deutlich cerebraler Syphilis unter folgenden Symptomen ergriffen wurde. Erweiterung einer Pupille, Facialis-Parese, Ptosis, Hemiplegie, epileptische Anfälle. Bei der Section constatirte Chiari Folgendes: Eine Anzahl von 20 weisslichen Herden auf der Pia mater und Arachnoidea der Oberfläche der rechten Hemisphäre; in der Hirnsubstanz einen gelblichen Herd von Stecknadelkopfgrösse; Basalarterien verdickt, an einzelnen Stellen obliterirt, die unter dem Mikroskop alle Charaktere der obliterirenden Endarteriitis von Heubner boten.[3])

Wegner und Parrot haben als eine häufige Beobachtung bei den Sectionen syphilitischer Kinder eine Steatose des reticulum cerebrale constatirt, einer Erkrankung, welche an und für sich nichts Specifisches hat, deren Verbindung mit der Syphilis hereditaria aber durch ihr ausserordentlich häufiges Vorkommen bei derselben erwiesen zu sein scheint.

Endlich ist auch der Hydrocephalus eine pathologische Erscheinung, die sehr oft durch hereditären syphilitischen Einfluss entsteht. Es ist dies ein Punkt, welcher schon lange vorher meine Aufmerksamkeit auf sich zog und über welchen meine Ansicht jetzt absolut feststeht. In der Medicin wie in jeder anderen Sache macht die grosse Zahl das Gesetz. Ich habe viel zu oft den Hydrocephalus in Verbindung mit der hereditären Syphilis gesehen, um nicht in dieser Verbindung mehr als einen Zufall zu sehen. Andererseits habe ich beim Vergleiche meiner Beobachtungen mit denen anderer in den Annalen der Wissenschaft eine so grosse Menge von Fällen, die identisch mit meinen waren, gefunden, dass es mir wirklich unmöglich ist, die hereditäre Syphilis nicht für eine thatsächliche Ursache des Hydrocephalus zu halten.

Allerdings steht mir der Gedanke ferne, der Hydrocephalus sei eine Erkrankung der specifischen Reihe, und mache ich keineswegs den Hydrocephalus zu einem Product, zu einer directen That der Syphilis. Ich glaube vielmehr mit jedermann, dass er eine gewöhnliche Erscheinung ist, die aus multiplen und nicht specifischen Ursachen entstehen kann. Ich glaube aber, dass der hereditär syphilitische Einfluss unter den Ursachen figurirt, welche zu ihm häufig prädisponiren. Es ist, nach den

[1]) De quelques manifestations de la syph. cong. These de Paris 1874 p. 54.
[2]) These citée p. 63.
[3]) Wien med. Wochensch. 1881, Nr. 17.

Erfahrungen, welche ich gesammelt, heute unbestritten, dass die syphilitischen Kinder häufig hydrocephalisch geboren werden, oder es später werden, es muss also die Syphilis auf irgend eine Art den Hydrocephalus mit hervorbringen.

Ich könnte Ihnen dafür den Beweis mit den Beobachtungen an der Hand liefern, wenn ich die cerebrale Syphilis der Kinder des ersten Lebensalters jetzt gerade behandeln würde; aber dieser Punkt berührt unsern Gegenstand jetzt nur indirect.

Wohl brauche ich nicht hinzuzufügen, dass die verschiedenen anatomischen Laesionen, von denen wir eben sprechen, für das ganze Kindesalter meist tödtlich sind.

Manchesmal jedoch tödten diese Erkrankungen nicht so bald; sie lassen die kleinen Kranken am Leben; dann werden es solche Individuen, die wir jetzt studiren wollen, weil selbe trauriger Weise uns in einem späteren Alter neue Erscheinungen zeigen.

Welche sind also diese Ueberlebenden, diese Ueberbleibsel (gestatten Sie den Ausdruck) der cerebralen Lues des jugendlichen Alters? Unter welcher Physiognomie werden sie sich uns in einer mehr oder weniger vorgeschrittenen Zeit ihres Alters zeigen? Ich will nicht sagen, dass alle diejenigen, welche in der Jugend die cerebrale Syphilis überstanden haben, functionelle Störungen behalten, welche unsere Aufmerksamkeit auf sich ziehen. Gewiss ist es möglich, dass einige unter ihnen vollkommen genesen, aber ich habe vor mir keine authentischen Thatsachen über diesen Punkt. In der Regel zeigen sich aber verschiedene Symptome im späteren Alter, Symptome von verschiedener Wichtigkeit, meistens aber schwere, sehr schwere manchesmal, die in einem vorgeschritteneren Alter als retrospective Zeichen einer hereditären Syphilis dienen können.

Von diesen Symptomen bestehen die einen in Störungen der Motilität, wie z. B. verschiedene Paralysen, Hemiplegien, Paresen etc., die anderen, die viel häufigeren, betreffen die Intelligenz.

Ich beschränke mich, die ersteren, welche weder bestreitbar, noch bestritten sind, nur aufzuzählen. Dafür werde ich mich aber bei den zweiten im Gegentheil längere Zeit aufhalten, da selbe weniger bekannt sind. Ich habe Ihnen davon schon in einer summarischen Weise gesprochen, aber es dürfte nicht überflüssig sein, dem, was ich früher gesprochen, einige Details anzufügen.

Es ist heutzutage eine unwiderlegbare Thatsache, dass die Descendenten von Syphilitikern oft mit Geistesschwäche behaftet sind; in anderen Worten, die hereditäre Syphilis endigt in manchen Fällen damit, dass sie beschränkte, unfähige, ja selbst schwachsinnige Kinder, Idioten hervorbringt.

Im ersten Fall hat man es mit geistesarmen, unintelligenten, einfältigen, beschränkten Subjecten zu thun. Sie sind in der Kindheit vom physischen und moralischen Standpunkt aus, von einer langsamen und schwierigen Entwicklung. Sie haben ihre Zähne spät bekommen, sie sind lange Zeit klein, verkümmert, unansehnlich, geblieben. Ebenso haben sie sehr spät zu sprechen angefangen. Später hatte man alle mögliche Mühe gehabt, ihnen wenigstens Lesen und Schreiben zu lehren. Ihr Wortreichthum war immer sehr beschränkt, das Gedächtniss mangelhaft. Mit 10 oder 12 Jahren sind ihre Unterhaltungen, ihre Spiele immer die von viel jüngeren Kindern gewesen. Im Heranwachsen wurden sie

schlechte, schlechtbegabte Schüler, die nur wenig Fortschritte machten und immer hinter ihren Mitschülern zurück waren; sie waren schläfrig, einfältig, stumpfsinnig ungelehrig, mit einem Worte unfähig einer intellectuellen Cultur. Höflich nennt man selbe „zurückgebliebene Kinder.“ Ihre Kameraden im Colleg belegen sie mit einem weniger nachsichtigen, aber wahreren Namen. Später bleiben sie, was sie waren, oder entwickeln sich nicht viel mehr und bleiben inferiore Leute mit höchst beschränkten und begrenzten geistigen Fähigkeiten.

In einem zweiten Grad bringt die Syphilis hereditaria Typen hervor, die dem Schwachsinn oder dem Idiotismus nahekommen.

Ich habe Ihnen im Vorhergegangenen ebenfalls schon über die Leute dieser zweiten Kategorie gesprochen. Es sind dies Individuen, die jeder Intelligenz baar sind, die unfähig einer verständigen geistigen Manifestation sind. Sie sind nicht allein jedem Versuch der Belehrung, der Erziehung und moralischen Cultur gegenüber widerspänstig, sondern sie begreifen oft kaum oder gar nicht, was man ihnen sagt. Sie sprechen oft gar nicht, oder haben nur eine geringe Zahl von ganz elementaren Worten zu ihrer Verfügung, welche sie mit Mühe aussprechen und auch da manchesmal noch verstümmeln. Wenn sich ihr Lebenslauf nicht allein darauf beschränkt zu essen, zu trinken und zu schlafen, so begrenzt er sich doch auf eine Serie von instinctiven Acten, ohne sichtlichen Zweck, auf ein Gehen und Kommen ohne Ziel, auf kindische Beschäftigungen und dumme Vergnügungen, auf Unsinn aller Art, ja selbst auf Böswilligkeiten, welche sie manchmal gefährlich machen, nicht zu sprechen von den sehr verschiedenen Zufälligkeiten, als da sind Zornanfälle ohne Grund, Schreien, Ausbrüche von Heftigkeit, plötzliche und brutrale Impulsionen, Zustände von abwechselnder Excitation und Depression etc.

Wir können auch hinzufügen, dass mit diesem Tiefstand der intellectuellen, gemüthlichen und moralischen Fähigkeiten, sehr häufig gewisse Sinnesstörungen einhergehen (Schwäche des Gesichtes, Amblyopie, Taubheit) und häufiger noch vorübergehende oder habituelle Motilitätsstörungen, z. B. unpassende, linkische Bewegungen, Ungeschicklichkeit der Hände, Zittern, Schwäche der Beine, Taumeln, Verlust des Gleichgewichtes; Hinstürzen etc.

Diese Fälle sind sicher selten, und zwar darum, weil die Krankheitsveränderungen, welche eine solche Entartung der geistigen Fähigkeiten hervorbringen können, meistens tödtlich sind. Aber obwohl selten, sind sie dennoch ganz authentisch. Beispiele dieser Art sind schon durch verschiedene Autoren erwähnt worden. [1]) Ich für meinen Theil habe fünf in meiner Praxis begegnet. Ich werde Ihnen die zwei folgenden citiren:

In dem ersten handelt es sich um ein Kind von 7 Jahren, das von syphilitischen Eltern stammt und das unläugbare Zeichen einer hereditären Syphilis geboten hat, als da sind: im ganz jugendlichen Alter Haut- und Schleimhaut-Syphiliden und später beiderseitige Keratitis interstitialis, gefolgt von milchiger Trübung der Cornea.

Dieses Kind nun hat erst im Alter von fünf Jahren angefangen, einige Silben auszusprechen, und seine Sprache ist auch jetzt nur auf eine ganz kleine Zahl von elementaren Worten angewiesen. Die Eltern

[1]) Fournier, p. 157.

bringen es mit Mühe zum Antworten, und ich bin noch nie dazu gekommen, ihm nur ein einziges Wort herauszupressen. Es hat nur mit Mühe die gewöhnlichsten Gegenstände erkennen gelernt, wie z. B. einen Löffel, einen Tisch, einen Sessel. Es scheint des Gedächtnisses beraubt. Es ist wohl unnütz zu sagen, dass es von gar nichts weiss. Seine Mutter hat trotz des angestrengtesten Fleisses es nicht dahin bringen können, ihn die zwei ersten Buchstaben des Alphabetes unterscheiden zu lernen. Sein ganzes Leben ist ein vegetatives. Es bringt seine Zeit mit Hin und Herlaufen zu, amüsirt sich mit seinen Fingern, stösst die Stühle im Zimmer vor sich her, betrachtet dieses und jenes, ohne zu wissen, was es ist. Es versteht kaum, was man ihm sagt, wenn man auch von den einfachsten Sachen spricht; aber ausserhalb dessen, was es gerade sieht oder was es nicht alle Tage thut, versteht und begreift es absolut nichts. Es spielt nicht mit den Kindern seines Alters, die man ihm zugeführt hat, um zu versuchen, es zu beschäftigen und zu zerstreuen. Kurz, nach dem Zugeständnis seines Vaters, und Sie wissen, dass die Väter sehr nachsichtig sind, scheint das Kind nur den Verstand und die Erkenntnis eines Kindes von zwei Jahren zu haben.

Zweites Beispiel. Hier ist der geistige Verfall noch mehr ausgesprochen und verdient ohne Uebertreibung den Namen: Idiotismus.

Ein 8jähriges Mädchen wird mir von seinem Vater vorgestellt. Dieser Herr gibt zu, Syphilis gehabt zu haben, und selbe nur sehr ungenügend behandelt zu haben. Seine Frau ist bei der Entbindung gestorben. Hatte sie Syphilis? es ist dies möglich, selbst wahrscheinlich nach den Angaben, die man mir gemacht hat; aber es ist nicht auf das Sicherste bestätigt.

Das Kind war wenige Wochen nach der Geburt mit verschiedenen, unstreitig syphilitischen Erscheinungen behaftet, die durch einen meiner Collegen übrigens auch als solche beurtheilt wurden, nämlich Eruptionen an der Haut, Laesionen am Munde und Anus; Ulcerationen an den Hinterbacken und Schenkeln, deren Narben noch heute existiren. Das Mädchen ist lange Zeit kränklich gewesen und hat sich nur sehr langsam entwickelt. Mit 4 oder 5 Jahren hat das Mädchen erst zu gehen angefangen, und ist immer schlecht gegangen, es watschelt linkisch einher und steht nicht fest auf den Beinen; es macht oft einen Schritt auf die Seite, taumelt und fällt oft sogar hin.

Es spricht nicht oder sagt nur einige sehr einfache, einsilbige Worte, die sehr oft schlecht articulirt, manchmal unverständlich sind.

Es ist vollkommen ohne Intelligenz. Es versteht nichts, was man ihm sagt. Es ist mir z. B. ebenso wie seinem Vater unmöglich, es zu bewegen, den Mund zu öffnen, um seine Zähne zu examiniren.

Das Mädchen begreift nicht, dass alle Fragen, die ich während einer $^3/_4$stündigen Consultation an seinen Vater richte, es selbst betreffen, und beschäftigt sich die ganze Zeit, mit seinen Fingern in dem Mund herum zu fahren, wirklich die Grimassen eines Affen zu schneiden, sich auf den Beinen zu balanciren, fremdartige und groteske Stellungen ein zunehmen; sich aller Gegenstände in seinem Handbereich zu bemächtigen, dieselben aber sofort wieder stehen oder fallen zu lassen, ohne Zweck und Absicht hin und her zu laufen etc. etc.

Es ist mit seinen Händen höchst ungeschickt und kann einen Gegenstand nur sehr kurze Zeit halten. Es zerbricht alles, was es berührt; sei

es durch ungeschicktes Wesen, sei es durch schlechten Instinct, zerstört es alles.

Endlich ist das Mädchen in hohem Grade kurzsichtig, scheint doppelt zu sehen, obwohl beide Corneen gesund sind. Es ist mir aber, in Anbetracht des Widerstandes des Kindes, unmöglich, ein ophthalmoskopisches Examen anzustellen.

Dies alles dient dem folgenden Capitel zur Vorrede, und ich komme nun zu dem Gegenstande, der uns vorzüglich beschäftigte, d. i. zu den cerebralen Erkrankungen der tardiven hereditären Syphilis.

XXX.

Die Arbeiten unserer Zeitgenossen über die Syphilis hereditaria tarda, werden unter anderen Ergebnissen als Bemerkung von höchster Wichtigkeit für die Praxis hervorheben, dass eine grosse Zahl von Gehirnerkrankungen der Kindheit oder der Jugendzeit, die man unbestimmter Weise einer Meningitis, oder einer gewöhnlichen Gehirnentzündung zuschrieb, nichts anders als die mehr oder weniger späteren Zeichen des Einflusses der hereditären Syphilis sind.

Um nur ein Beispiel zu erwähnen, so ist es thatsächlich die allgegemeine Ueberzeugung, dass eine Anzahl von Eclampsien und Epilepsien, die im Verlaufe der Kindheit und selbst der Jugend sich zeigten, einzig und allein nur Zufälle der cerebralen Syphilis waren, und zwar einer cerebralen Syphilis, die sich an von syphilitischen Eltern erzeugten Personen entwickelte.

Nun, das was für die Epilepsie wahr, und für sie nicht mehr discutirbar ist, ist, wie Sie bald sehen werden, für Cephalalgien, Paresen, partielle Paralysen, Hemiplegien, Störungen des Intellects und andere Symptome derselben Ordnung nicht minder authentisch. Mit einem Wort, gewisse cerebrale Zufälle der Kindheit oder des Jünglingsalters sind das Product der Syphilis und kommen von einer hereditären Belastung. Davon will ich Sie thatsächlich überzeugen.

Ich habe Ihnen soeben gezeigt, dass der hereditäre Einfluss der Syphilis sich bei vielen Gelegenheiten bei Kindern des ersten Alters durch verschiedene Störungen der cerebralen Functionen (intellectuelle, motorische, sensible Störungen) zeigte.

Es obliegt mir nun, thatsächlich nachzuweisen, ob derselbe Einfluss sich in einem vorgerückteren Alter durch dieselben Symptome offenbaren kann.

Mit anderen Worten, gibt es bei hereditär-syphilitischen Personen das, was man eine cerebrale, tardive Syphilis nennt?

Ich zaudre nicht, diese Frage im bejahenden Sinne zu beantworten. Ja, ganz gewiss, die hereditäre Syphilis hat tardive Cerebralsymptome zur Folge. Sie kann gewiss in einem mehr oder weniger vorgeschrittenen Alter Erscheinungen, die das Gehirn betreffen, hervorbringen. Ja, sie bringt das hervor, manchesmal in der vorgerückteren Kindheit, oder in der Adolescenz, was wir sie in den ersten Lebensjahren hervorbringen sehen.

Dies beweist eine Anzahl von Thatsachen; und um Sie davon zu überzeugen, und um über diesen Punkt bei Ihnen nicht den mindesten

Zweifel zu lassen, will ich Ihnen gleich ohneweiters, vor jeder besonderen Beschreibung einen Fall erzählen, den Sie und ich als einen der überzeugendsten der Art ansehen werden. Dieser typische, unleugbare, unbestreitbare Fall, da er alle Elemente einer rigorosen und wirklich wissenschaftlichen Demonstration besitzt, werde ich einem fremden Collegen entlehnen, nämlich Dr. Dowse, der eine interessante Monographie über die Syphilis des Nervensystems geschrieben hat [1]);

Es handelt sich um ein 12 Jahre altes Mädchen. Sein Vater hatte Syphilis vor der Ehe. Seine Mutter machte mehrere Fehlgeburten; sie hatte ausserdem 7 Kinder, 3 davon sind gestorben, und die anderen vier sind krank.

Die kleine Kranke war in ihrer Kindheit sehr zart. Mit 5 Jahren hatte sie einen Ausfluss aus der Nase und eine Erkrankung der Augen, welche auf der linken Cornea Flecken hinterlassen hat. Mit 10 Jahren erscheint ein tuberculo-ulceröses Syphilid, von einer phagädänischen Form; rasche Zerstörung eines Theiles der Nase; Ozöna; Verlust des Geruchsinns. Später tritt eine cerebrale Syphilis auf, welche folgende Erscheinungen darbietet.

Als Anfangssymptom eine heftige Cephalalgie mit nächtlichen Exacerbationen; dann zahlreiche epileptische Anfälle; fortschreitendes Zurückgehen der Intelligenz; Störungen im Sehen; Doppelsehen, Paralysen der Augenmuskeln Anästhesie der linken Gesichtshälfte, Hyperästhesie der rechten; Paralyse des VII. Gehirnnerven links; Schwäche der Glieder; Störung im Gleichgewicht; wankender Gang, Schwindel etc. etc.

Diese verschiedenen Symptome endigen mit einem Zustand des „Stupor", der von Zeit zu Zeit durch epileptische Krisen unterbrochen wird, welche einer heftigen Aufregung Platz machen. Später wird die Kranke von einer Aphasie befallen, und kann nur mehr die beiden Worte ja und nein aussprechen. Bald darauf folgte absolutes Schwinden der Intelligenz, theilweise Hemiplegie der rechten Seite, und Tod in einem epileptischen Anfall.

Die Autopsie wird mit einer minutiösen Sorgfalt gemacht, und enthüllt (ohne von den verschiedenen visceralen Erkrankungen zu sprechen) eine ganze Reihe von Erkrankungen, die identisch mit denjenigen sind, welche gewöhnlich die cerebrale Syphilis der Erwachsenen charakterisiren; nämlich:

1. Chronische Meningitis: sehr starke Adhäsionen der Dura mater; Verwachsensein der Meningen mit dem Gehirn in der regio parietalis; Injection der pia mater; chronische Arachnitis mit Exsudat.

2. Im Niveau der convexen Oberfläche der Hemisphären, drei gummöse Flächen, die an der Dura mater anhaften, und auf dieser Membran entstanden zu sein scheinen.

3. Erkrankungen des Gehirnes; Erweichungen der peripheren Theile des Gehirnes in Fortsetzung der gummösen Producte der Dura mater.

4. Erkrankungen der Gefässe, welche den Typus der sclerosirenden Arteriitis der Syphilis zeigen: verdickte Arterien, am Schnitte klaffend, weisslich, halb durchsichtig; in ihrem Caliber verkleinert durch die Infiltration ihrer Wände etc.

[1]) Syphilis of the brain and spinal cord, New-York 1879.

5. Erkrankungen der Nervenstränge: interstitielle Hyperplasie des 5. und 7. Stranges links.

Was gibt es, meine Herren, für einen Fall, der zu Gunsten unserer These mehr entscheidend wäre, als der, den ich jetzt vor Ihnen aufrollte? Nichts fehlt in der That in dieser Beobachtung, die Ihnen soeben dargestellt wurde, nicht die Antecedentien der Familie, nicht die persönlichen Antecedentien des Erkrankten, nicht die Controle der pathologischen Anatomie. Einmal ist die syphilitische Heredität bewiesen durch das Geständniss des Vaters und die an dem Kinde constatirten Symptome, vorzüglich durch die phagädänische Erkrankung, welche so schnell einen Theil der Nase zerstörte. Andererseits wird die Gehirnsyphilis doppelt bestätigt, durch eine ganz classische Symptomatologie und durch ganz ausserordentliche Beweise bei der Autopsie. Also über jeden Zweifel erhaben ist diese Beobachtung, ein authentisches Beispiel der entwickelten cerebralen Lues bei einem zwölfjährigen, hereditär syphilitischen Subject.

Ich wiederhole nochmal, was kann man Beweisenderes wünschen?

Diese Beobachtung steht aber nicht einzig da in der Wissenschaft. Andere Facta derselben Art können dem vorhergehenden angereiht werden.

So sehen wir in einem Fall bei Broadbent ein Kind von 3 Jahren, das von einer syphilitischen Mutter stammt, analogen Anfällen einer hereditären, cerebralen Syphilis unterliegen. Die Autopsie offenbarte in diesem Falle, nebst einer specifischen Erkrankung der Leber, eine acute Encephalomeningitis, die auf einer älteren Sclerose des Encephalon entstand. Einzelne Partien des Gehirnes waren der Sitz einer frischen lebhaften Injection bis zu einer schwarzrothen Farbe an manchen Punkten; andere waren erweicht; andere boten eine sonderbare Consistenz, eine Härte, die man lederartig bezeichnen konnte; zudem war noch die graue Substanz atrophirt etc. etc.[1])

Samuel Gree hat ausserdem, bei einem ganz deutlich hereditär syphilitischen und seit mehreren Jahren mit einer cerebralen Syphilis von chronischer Dauer behafteten 12jährigen Mädchen sehr merkwürdige Beobachtungen bei der Autopsie gemacht. Eine der Hemisphären des Gehirns bot eine merkwürdige Atrophie, indem sie in ihrem anteposterioren Durchmesser einen Daumen breit an Länge verloren hatte. Das ganze Gehirn zeigt den Zustand der diffusen Sclerose. Die Hirnwindungen waren klein, wie eingesunken, hart und gelblich. Einzelne Verhärtungen, im Centrum der Nerven-Substanz zerstreut, bildeten ebensoviele kleine Herde der Sclerose. Ausserdem existirten eine Reihe von Erkrankungen der Meningen und Gefässe, von der Art derjenigen, die man meist bei der cerebralen Syphilis findet, nämlich: verwachsene Meningen; Verdickung und Undurchsichtigkeit der pia mater; Sinusthrombose; verdickte mit nodulärer Infiltration besäete Arterien etc.[2])

Ich für meinen Theil besitze eine Beobachtung einer kleinen Kranken, Tochter eines syphilitischen Ehepaares, welche ungefähr im Alter von 10 Jahren einer Gehirnaffektion von unzweifelhaft specifischer Natur, erlag. Bei der Autopsie fand ich folgende Veränderungen:

Theilweise war das Schädeldach an einigen Punkten sehr verdünnt,

[1]) V. The Lancet 1874.

[2]) V. Saint Bartholomews hosp. Reports 1880, vol. XVI, p. 35.

an anderen ganz im Gegentheil hyperostosirt; tiefe Aushöhlungen waren vielfältig vorhanden auf Kosten der inneren Lamelle, welche wie mit dem Grabstichel bearbeitet aussah, und ganz deutlich den Anblick eines alten von Würmern zernagten Holzstückes bot; andererseits waren sehr verdickte zähe, untereinander zusammenhängende Meningen, die auch ebenso mit der ganz desagregirten, erweichten, grauen Substanz verwachsen waren; andererseits fand man auch zerstreute Erweichungsherde in den centralen Partien etc.

Solche Thatsachen, und noch andere, die ich erwähnen könnte, bestätigen wohl kategorisch die Authenticität der cerebralen Erkrankungen, die von einer hereditär syphilitischen Infection herstammen, die erst nach der ersten Kindheit auftrat.

XXXI.

Betrachten wir nun, wie sich diese cerebrale, tardive hereditäre Syphilis klinisch verhält. Welche Symptome sie hervorbringt und welchen Entwicklungsgang sie nimmt.

Heutzutage eine wissenschaftliche ganz genaue Geschichte darüber zu schreiben, wäre nicht realisirbar, wäre eine verfrühte Arbeit. Die Beobachtungen, die wir über diesen Gegenstand haben, sind noch in zu geringer Zahl, um ein Gesammtbild construiren zu können. Unsere thatsächliche Erfahrung würde uns in manchen Punkten im Stiche lassen, und wir bedürfen ohne Zweifel noch vieler Jahre, bevor wir im Stande sein werden, das bei der cerebralen hereditären Syphilis zu thun, was bei der cerebralen Syphilis der Erwachsenen beinahe schon gethan ist, nämlich durch Synthese, zur Classification der Symptome vorzugehen.

Ich habe auch nicht den Ehrgeiz, in dem Folgenden diese cerebrale mehr oder weniger tardive Syphilis in ihrem Auftreten, ganz genau zu beschreiben. Meine ganz bescheidenen Absichten begrenzen sich in dem: Ihr Augenmerk darauf hinzuführen, indem ich Ihnen das Wenige, was ich davon weiss, was meine persönlichen Beobachtungen und meine Lectüre mich gelehrt, mittheile. Unter dieser Reserve beginne ich.

Es scheint mir, dass zwei Hauptpunkte vom wissenschaftlichen Standpunkt, sowie auch nach meinen persönlichen Erfahrungen, die ich in der Praxis gesammelt habe, natürlicher Weise an die Spitze dieser Abhandlung gestellt werden müssen.

I. Der erste ist, dass die cerebrale hereditäre Syphilis Zug für Zug die meisten jener Erscheinungen hervorbringt, welche die cerebrale Syphilis der Erwachsenen, in Folge acquirirter Lues, hervorbringen kann.

Und in der That, mit Ausnahme einiger pathologischer Modalitäten (Vesanie, allgemeine Pseudo-Paralyse), welche nur über ein gewisses Alter hinaus vorkommen, da sie für ihre Manifestationen die Entwicklung von Fähigkeiten erfordern, die beim Kinde noch nicht vorhanden, oder rudimentär sind, hat die cerebrale, hereditäre Syphilis alle Symptome welche bei der Gehirnsyphilis der Erwachsenen vorkommen; nämlich: Cephalalgie, Schwindel, congestive Anfälle, Convulsionen, partielle oder allgemeine Epilepsie, partielle Paralysen, Augenmuskellähmung, Hemi-

plegie, sensible Störungen, Störungen des Intellects, Coma etc. Nichts fehlt dem Krankheitsbilde, davon sollen Sie bald den Beweis haben.

II. Zweiter Punkt. Die cerebrale hereditäre Syphilis schreitet ebenso wie die Gehirnsyphilis der Erwachsenen in vielfältigen und veränderlichen Anfangsformen vor, um ganz zuletzt, in einer vorgerückteren Epoche ihrer Entwicklung in einem mehr einheitlichen, beinahe bei jedem Falle gleichem Symptomenbilde zu endigen. Mit andern Worten, sie hat ein ausserordentlich vielgestaltiges Auftreten; später aber werden bei einem und dem andern Individuum die Erscheinungen immer ähnlicher; endlich kann man sie zuletzt in einen klinischen Complex zusammenfassen, der in allen Fällen beinahe gleich ist.

Anfänglich kann sie eingeleitet werden durch die verschiedensten Symptome. Bei einem Kranken fängt sie mit Kopfweh an; bei einem anderen mit epileptiformen oder wirklich epileptischen Krämpfen; bei einem dritten mit Congestions-Zuständen, bei einem vierten treten Störungen des Intellects, bei einem fünften Augenmuskellähmungen u. s. f. Sie sehen, wie vielfältige Symptome auftreten können.

Später aber, wenn sie sich festsetzt, wenn sie älter wird, bestrebt sie sich nach und nach klinische, weniger häufige und weniger von einander verschiedene Symptome anzunehmen. Es ist schon mehr Einförmigkeit im gesammten Krankheitsbild und in der allgemeinen Physiognomie der Erkrankung.

Zuletzt endigt sie in Formen, die jedesmal einen gemeinsamen Hintergrund derselben Symptome haben. Und dieser gemeinsame Hintergrund, ist zusammengesetzt aus zwei Gruppen von Hauptzufällen, denen wir mit wenigen Ausnahmen bei allen Kranken begegnen, nämlich: Motilitätsstörungen unter den Formen der Paralyse, und Störungen des Intellectes unter der Form der Schwächung, der Depression und der Zerstörung der psychischen Fähigkeiten.

Also zusammengefasst, Veränderlichkeit im Anfang, und Uniformität in der Entwicklung, also gerade so, wie sich die Gesammterscheinung der cerebralen Syphilis beim Erwachsenen zeigt, so ist sie auch beim Kinde und Adolescenten.

XXXII.

Nachdem diese Präliminarien beendet sind, kommen wir zur klinischen Beschreibung.

Natürlich ist es das Studium der Initialformen, welches uns anfänglich beschäftigen wird; dieses Studium wird uns auch am längsten aufhalten, denn es enthält die hauptsächlichste, die wirklich praktische Partie unseres Gegenstandes, und das aus einem Grunde, welchen sie wohl schon begriffen haben.

Interveniren Sie nämlich zur rechten Zeit bei der cerebralen Syphilis des jugendlichen Alters, das Gleiche gilt für die Gehirnlues jeden Alters, so werden Sie die besten Chancen haben, sie zu heilen. Interveniren Sie zu spät, so werden Sie beinahe sicher machtlos sein. Die entstehende cerebrale Syphilis zur rechten Zeit erkennen, sie in ihrem Entstehen ausfindig zu machen, das ist die Hauptsache für die Praxis, das ist die Hauptsache für das Heil des Kranken. Um sie also in ihren Anfängen zu erkennen und um zur richtigen Zeit zu interveniren, muss man Kenntnis

ihrer Initialformen haben, und man muss vorbereitet sein, sie zu diagnosticiren; ja sogar noch viel mehr, sie voraussehen, ich möchte sagen, sie unter ihren vielfältigen und veränderlichen Formen, deren sie im Anfang fähig ist, zu errathen.

Welches sind also die Initialformen der Erkrankung?

Ich habe selbe sehr vielfältige genannt; und beinahe alle Gattungen von Gehirnsymptomen können in der That in den ersten Etappen der Erkrankung auftreten. Aber unter diesen sind einige, welche sich in der Avantgarde halten, und welche, wenn es erlaubt ist, zu sagen, die Scene eröffnen. Diese erfordern eine besondere Aufmerksamkeit, und ich werde sie im Detail schildern.

Drei Arten von Symptomen bilden in einer sehr grossen Reihe von Fällen der hereditären, cerebralen Syphilis den Anfang, und bilden, sei es isolirt, sei es mit einander associirt, den gewöhnlichen Ausgangspunkt der Erkrankung. Sie sind:

1. Convulsionen (Epilepsie);
2. Kopfschmerzen;
3. verschiedene Störungen der Intelligenz.

XXXIII.

I. Initialform mit epileptischen Symptomen.

Man muss sehr weit in den Annalen der Wissenschaft zurückgehen, um eine Erwähnung von diesen Symptomen bei Kindern, die von syphilitischen Eltern abstammen, zu finden. Autoren früherer Jahrhunderte haben die Epilepsie eine Consequenz der hereditären Syphilis genannt.

Moriz Hoffman erwähnt im Jahre 1712 eine Beobachtung, in der er sich rühmt, durch Mercur, „eine Epilepsie geheilt zu haben, die ein junges 9jähriges Mädchen von illustrer Geburt befallen hatte, und dass er dahingeführt wurde, diese Behandlungsweise anzuwenden, weil er wusste, dass der Vater seiner Kranken an Lues, so schwer als es nur sein konnte, litt.“

Joseph Plenk citirte, 1779, ein ähnliches Heilresultat, durch Mercur bei einem Kinde von 6 Jahren, welches seit drei Jahren epileptische Anfälle von unregelmässiger Wiederkehr zeigte. Rosen von Rosenstein und eine Anzahl von anderen Autoren haben ähnliche Fälle erwähnt.

Es ist daher nicht zu staunen, dass die epileptischen Symptome schon in älterer Zeit bei Kindern, die mit hereditärer Lues behaftet waren, erkannt und in dieser Hinsicht gedeutet wurden. Sie bilden in der That eine Reihe von sehr häufigen Erscheinungen der cerebralen Syphilis im jugendlichen Alter; und gerade die Häufigkeit dieser Phänomene findet ihre einfache Erklärung in der bekannten Disposition der Jugend für die convulsive Form. Jedermann weiss, wie leicht jugendliche Personen Krampfanfällen unterliegen. Es genügt oft für sie eine ganz leichte Ursache, welche ihre nervöse Empfänglichkeit erschüttert oder aufreizt, um in einem Krampfanfall zu enden; umsomehr wird eine bedeutende Ursache, wie die Syphilis, im Stande sein, in diesem Alter Erscheinungen dieser Art hervorzubringen.

Im Voraus erwähne ich, dass epileptiforme Symptome in allen Etappen der cerebralen Syphilis beim Kinde und selbst beim Adolescenten

erscheinen. Man findet sie, sei es im Beginne der Affection, sei es als Anfangserscheinungen, als Vorspiel zu anderen Zufällen; sei es in einer mittleren Periode, wo sie sich früheren Krankheitszufällen einer andern Form zugesellen, sei es endlich in der Schlussperiode, sogar in der ganz letzten Zeit. Eine Anzahl von jungen Wesen unterliegt einem epileptischen Anfall, der für sie eigentlich ihre Agonie ist.

Da wir im Anfange nur von der initialen Epilepsie, derjenigen, welche wir in den ersten Zeiten der Erkrankung beobachten, und welche in der That die Krankheitsscene eröffnet, sprechen, so wollen wir sehen, unter welchen klinischen Symptomen sie auftritt.

Sie tritt unter folgenden 2 Typen auf:

1. Unter dem ganz gewöhnlichen, einfachen Typus der Epilepsie, ohne jede begleitende Störung.

2. Unter dem Typus der associirten Epilepsie, d. h. combinirt mit anderen cerebralen Symptomen.

Diese beiden Formen sind sehr ungleich an Häufigkeit. Die erste ist sehr selten und ich habe für meinen Theil nur 2—3 authentische Fälle beobachtet. Die zweite im Gegentheil ist sehr häufig.

Bei der ersten ganz einfachen Form, ist es eine einzige Reihe von Erscheinungen, welche das ganze Krankheitsbild zusammensetzen, alles reducirt sich auf eine Reihenfolge von epileptischen Krisen.

Es wird z. B. ein Kind, das gar keine Krankheitserscheinung darbietet, im Verlaufe einer anscheinenden Gesundheit, plötzlich, unerwartet von einer Convulsion befallen. Es fällt plötzlich ohne Bewusstsein zusammen; es liegt in mehr oder weniger intensiven, mehr oder weniger prolongirten Convulsionen; darauf schläft es einen schweren Schlaf, um sich ein bischen verwirrt wieder zu erheben, ohne im Geringsten zu wissen, was stattgefunden hat. Das ist alles, sonst gibt es kein anderes gleichzeitiges Ereigniss.

Einige Zeit darauf kommt ein zweiter ähnlicher Anfall, später ein 3., 4., 10., die in verschiedenen Zeiträumen mit immer derselben Reihenfolge der Erscheinungen folgen.

Das ist Alles und nichts anderes ist dem Krankheitsbilde beigesellt.

Man hat also im Ganzen genommen ein Kind vor sich, welches convulsivische, epileptische Anfälle hat, und zwar, welches, diese ausgenommen, ein Wesen ist, das sich wohl befindet, keine Krankheitserscheinung, noch, was besonders zu bemerken ist, keine andere Gehirnerscheinung zeigt.

Im zweiten Fall ist das Bild verschieden, und darum verschieden, weil an der Seite der Epilepsie andere gleichzeitige Symptome erscheinen, unter denen allerdings die Epilepsie durch ihre Wichtigkeit den ersten Platz einnimmt, welche sie manchesmal wohl etwas verdeckt, welche aber dennoch dem pathologischen Krankheitsbild eine besondere Physiognomie aufdrücken, wie sie auch in Bezug auf die Diagnose eine präcisirte Bedeutung geben.

Einerseits haben wir es mit einem Kind oder Adolescenten zu thun, welcher im Zustande einer guten Gesundheit von epileptischen Krämpfen befallen wird. Hier andererseits, ist es ein Kind, welches nicht, wie in dem vorigen Fall das Bild einer einfachen Epilepsie zeigt; um sich des gewöhnlichen Ausdruckes zu bedienen, es ist ein Kind, welches eine andere Erkrankung als Epilepsie hat, und bei welchem man andere

Symptome entdecken wird, wenn man es ein wenig mit Sorgfalt studirt, und wenn man etwas in die Einzelheiten seines Lebens, und seiner thatsächlichen Gesundheit eindringt.

Welches sind die anderen Symptome?

Um vor allen die wichtigsten zu bezeichnen, nennen wir die folgenden: Intermittirende Kopfschmerzen, mit häufigen Wiederholungen; Symptome congestiver Art; nämlich: Ohrensausen, Flimmern und Wolken vor den Augen, Betäubung, Schwindel, Wanken; Veränderungen im Charakter und im moralischen Habitus; eine gewisse Schwäche, ein gewisses Schwinden der intellectuellen Fähigkeiten, ohne dabei von der häufigen, ja gewöhnlichen Gesellschaft der früher erwähnten Symptome zu sprechen.

Wenn man nun lange und scrupulös die Eltern oder die Umgebung des kleinen Kranken ausforscht, seinen intimen Lebensgang erforscht (was man nie unterlassen soll), so erfährt man häufig, dass seit einer gewissen Zeit das Kind nicht mehr dasselbe war, dass es in seinem Wesen verändert war, dass sein Charakter sich geändert hat, dass es weniger Lebenslust, weniger Unternehmungsgeist, weniger Ungestüm, weniger Geschmack an seinen gewöhnlichen Spielen hatte; dass es zeitweise über Kopfschmerzen klagte, dass es einer Art von Migraine unterworfen war, an der es heftig litt; dass es manchesmal, in seiner kindlichen Sprache verschiedene sonderbare, fremdartige Symptome angab, die man nicht begriff, und in denen die medicinische Analyse Zeichen der Gehirnstörung sah; — dass das Kind weniger Fleiss und weniger Lust zur Beschäftigung bewies; dass es weniger leicht das, was man es lehrte, begriff; dass es seine Lectionen schlecht behielt; dass es seine Aufgaben schlecht und mit vielen groben Fehlern machte etc., kurz, dass seine Intelligenz wie eingeschlafen, schwach, niedergedrückt schien. Ein typisches Beispiel dieser Art.

Es handelt sich um ein Kind, das von einem Vater und einer Mutter, die beide seit Kurzem luetisch inficirt sind, stammt. Es zeigt im jugendlichen Alter einige specifische Erscheinungen auf der Haut und den Schleimhäuten. Man behandelt es; alles verschwindet, und man hält es für geheilt. Und in der That, es zeigt sich kein specifisches Symptom. Das Kind wächst, entwickelt sich sowohl vom physischen, als auch vom intellectuellen Standpunkte aus ganz angemessen, und erreicht ohne andere Erkrankung als Masern, Keuchhusten und einige leichte Indispositionen das Alter von sieben und einem halben Jahre.

Hernach plötzlich, obwohl es vollkommen gesund scheint, stürzt es eines Tags mitten im Spiel, des Bewusstseins beraubt, rücklings nieder, schlägt in schrecklichen Convulsionen um sich, hat Schaum vor dem Munde, beisst sich in die Zunge, urinirt unter sich. Nach diesem Anfalle schläft es ein. Dann erwacht es müde, mürrisch, aber hat keine Erinnerung, keine Ahnung, von dem, was geschehen ist.

Zwei andere Anfälle derselben Art folgen im Laufe der Woche dem ersten.

Ich werde zu jener Zeit gerufen. Ich finde die Eltern verwirrt, erschreckt; sie halten ihr Kind für epileptisch, sie beschreiben mir im Detail die verschiedenen Zufälle der convulsivischen Anfälle, und sprechen nur von diesen, *ohne nur die geringste Erwähnung irgend eines andern Symptomes zu machen.*

Merken Sie, meine Herren, nebenbei auf diesen letzten Punkt, denn er enthält eine wichtige praktische Lehre. Die Epilepsie ist ein solcher Schrecken für die Leute, dass sie ihre Augen allen übrigen Krankheitssymptomen gegenüber schliesst. Wenn sie in irgend einer pathologischen Erscheinung vorkommt, sieht man nur sie, und es ist von keiner anderen Sache mehr die Rede.

Aber durch ähnliche Fälle schon gewitzigt, befrage ich die Familie, und veranstalte ein förmliches Verhör über das, was man mir nicht gesagt hat, und ich ziehe, nicht ohne Mühe, die drei folgenden Punkte ans Tageslicht. Ich erfahre also:

1. Dass das Kind ungefähr seit 3 Wochen sich über Kopfschmerzen zu wiederholten Malen beklagte; diese Kopfschmerzen waren manchmal sehr heftig, so dass das Kind das Licht nicht vertrug, und man es im Dunklen halten musste.

2. Mehreremale seit jener Zeit hat es merkwürdige Symptome verspürt, die es seiner Mutter erzählte. Manchesmal nämlich „sah es nichts mehr“ oder „es schwindelte ihm oder alles drehte sich herum“; oder aber auch, „es hörte Schellengeläute“. Eines Tages meinte es, fallen zu müssen. Alles dieses hatte nur eine ganz kurze Dauer; das Kind sagt, „es war in einem kleinen Augenblick vorüber.“ In medicinische Sprache übersetzt waren die Phänomene: Flimmern vor den Augen, Ohrensausen, Schwindel, kurz Zufälle congestiver Art.

3. Ich frage die Gouvernante des Kindes aus, und ich erhalte von ihr über die Intelligenz Auskünfte, die noch bedeutungsvoller sind. Seit einigen Wochen, sagt mir diese Frau, ist das Kind unaufmerksam, unfleissig, vergesslich; es arbeitet nur mit Widerwillen; es macht nicht mehr oder nur mit Widerwillen seine Aufgaben; es mangelt des Gedächtnisses; es weiss nicht mehr seine Lectionen, es lernt aus. Zeitweise scheint es wie bestürzt, geschwächt, begreift nichts, antwortet nicht auf das, was es gefragt wird. Ausserdem ist es in seinem Charakter verändert. Es hat von seiner Lebhaftigkeit verloren, von seinem gewöhnlichen Muthwillen; es ist oft mürrisch, gelangweilt, grämlich; es spielt wenig, und hat kein Vergnügen an dem, was es früher unterhielt.

Auf diese Angaben hin stand meine Diagnose fest. Ein solches Ensemble von Symptomen schloss die Hypothese einer einfachen Epilepsie aus. Es war offenbar eine symptomatische Epilepsie, mit der ich es zu thun hatte, oder besser gesagt, eine cerebrale Affection, von der für den Augenblick die Epilepsie das Hauptphänomen, das Vorposten-Symptom bildete.

Was die wahrscheinliche Natur dieser Gehirnaffection bildete, so kann selbe natürlich aus den Antecedentien der Familie, und den persönlichen Antecedentien der kleinen Kranken entstammen. Daher verschrieb ich ohne Aufenthalt und ohne Zögern eine specifische Behandlung in starken Dosen, das Resultat war ausserordentlich beweisend. Sofort vergingen die Kopfschmerzen; die Congestions-Zustände verschwanden; die Intelligenz stellte sich wieder her und das Kind wurde das, was es wenige Wochen früher war. Ich habe die Genugthuung zu erwähnen, dass sich seit jener Zeit die epileptischen Anfälle nicht mehr wiederholten.

Die Fälle dieser Art sind also nicht selten. Ich meinerseits habe mehrere beobachtet. Verschiedene Aerzte haben ebenfalls solche erwähnt. So wurde zum Beispiel in dem so merkwürdigen Fall, den wir

Dowse verdanken, und den ich Ihnen kürzlich erwähnte, das Erscheinen einer Gehirnsyphilis hereditären Ursprungs durch eine Reihe folgender Symptome eingeleitet: Heftigen Kopfschmerz, mit nächtlichen Exacerbationen, zahlreiche epileptische Anfälle und fortschreitende Gedächtnisschwäche. Ebenso zeigte sich in einem anderen Fall von Glascow, [1]) der Anfang der Erkrankung durch ein ganz ähnliches klinisches Bild: Kopfschmerzen, Verlust des Gedächtnisses, Ohnmachten und convulsivische Anfälle mit Verlust des Bewusstseins.

So beginnt in der That, meine Herren, gewöhnlich die cerebrale Lues bei jugendlichen Personen; die Symptome sind folgende:

Kopfschmerzen.

Störungen der Intelligenz und Veränderung des Charakters.

Epileptische Anfälle.

Sie können dieser Trias noch einige mindere Symptome beifügen, die aber oft unklar und wegen des jugendlichen Alters schwer zu constatiren sind und Sie haben dann die gesammte Symptomatologie dieses Leidens.

Bevor wir aber weiter gehen, müssen wir uns über das, was wir in den gegebenen Fällen, als epileptischen Zustand oder epileptische Anfälle bezeichnen, verstehen.

Was ist also genau diese Epilepsie syphilitischen Ursprungs? Vom streng klinischen Standpunkte, sind die Zustände, von denen jetzt die Rede war, ohne uns weiter auf ihren Charakter einzulassen, convulsivische Zustände, Zustände, die identisch sind denen, welche die wahre Epilepsie auslöst. Sie bringen mit einer frappanten Treue das hervor, was man in einem gewöhnlichen Anfall des „grand mal“ beobachtet. Gar nichts fehlt dem Bilde. Und dieses Bild ist zu bekannt, um es anders als in grossen Zügen hier zu skizziren, wie folgt:

Plötzliches, rasches Auftreten, dem manchmal eine Aura vorausgeht; wirkliche plötzliche Lähmung, Sturz, mit augenblicklichem Verlust des Bewusstseins.

Dann anfänglich tonische Krämpfe von kurzer Dauer.

Dann clonische Krämpfe von viel längerer Dauer, die den grössten Theil der Erscheinung bilden; Verzerren des Gesichtes; tiefe Veränderung der Physiognomie; starke Bewegungen der Gliedmassen; Schaum vor dem Munde; Zerbeissen der Zunge etc.

Darauf Stertor und tiefer Schlaf. Endlich natürliches Erwachen mit absoluter Unkenntniss dessen, was vorgegangen ist.

Am Ende des Anfalles vorübergehende Schwäche und psychisches Gedrücktsein; dann (ohne von gewissen, eventuellen Nebenphnäomenen zu sprechen) Rückkehr zum normalen Zustand.

Es ist dies also, wie Sie sehen, ein epileptischer Anfall in der vollen Auffassung des Wortes, ein Anfall, in allen Punkten mit dem, was man das „grand mal“ nennt, identisch. Es ist sogar bis zu dem Punkt ein epileptischer Anfall, dass ich es für unmöglich erkläre, solche Anfälle, wie ich sie zu öfteren Malen bei meinen kleinen Kranken gesehen, durch den blossen Anblick von den Anfällen der gewöhnlichen Epilepsie zu unterscheiden.

Unter den verschiedenen Modalitäten der Epilepsie, ist bei unseren

[1]) Philadelphia medical Times 1879, 21. Juni, p. 543.

Kranken, diejenige, welche wir eben beschrieben haben, die convulsive Form mit Verlust des Bewusstseins, die häufigste.

Ungleich seltener sind andere Formen der gemilderten oder verwischten Epilepsie, denen man gewöhnlich den generellen Namen „petit mal" gibt Aber auch diese sind in einer ganz authentischen Art beobachtet worden. Um ein Beispiel anzugeben, gingen in einem der interessantesten Fälle, den ich Dr. Leloir verdanke, verschiedene Anfälle des „petit mal" dem Eintritt der Anfälle des „grand mal" voran. Sie bestanden entweder in theilweisen Convulsionen der Gesichtsmusculatur, oder in wirklichen Krämpfen der Kaumuskeln oder auch in flüchtiger Geistesabwesenheit und auch in plötzlicher Schwäche mit Hinstürzen, aber ohne Verlust des Bewusstseins.

Wir haben nun gewisse Formen der cerebralen hereditären Gehirnsyphilis gesehen, die in ihrem Anfangsstadium eingeleitet waren durch epileptische Anfälle. Indem wir weiter gehen, wollen wir untersuchen, wie das Krankheitsbild, das in dieser Weise eröffnet wurde, sich weiter entwickelt.

Zwei Arten von absolut verschiedenen Fällen zeigen sich hier unserer Beobachtung.

Es ist also möglich,

1. Dass die epileptischen Symptome, welche das Erscheinen der Krankheit signalisirt haben, (natürlich mit Ausschluss jeglicher anderen cerebralen Störung) unter dieser Form längere oder kürzere Zeit andauern, ohne dass andere Phänomene hinzukommen.

2. Es ist aber auch möglich, dass die initiale Epilepsie, von Anfang an mit verschiedenen Hirnsymptomen vergesellschaftet oder auch ohne diese, bald, nachdem sie beim Erscheinen den ersten Platz eingenommen hat, sich vermischt und in einem complicirteren klinischen Gesammtbild, welches das der grossen Gehirnläsionen ist, untergeht.

Das Exposé dieser zwei Arten wird das aufhellen, was für den Augenblick unklar ist.

I. In der ersten Gruppe der Fälle sind die Ereignisse die folgenden:

Nach den anfänglichen epileptischen Anfällen, folgen ähnliche Anfälle denen in verschiedenen Zeiten wieder andere folgen, und so fort. Keine andere Erscheinung, wenigstens keine Erscheinung von irgend einer Wichtigkeit folgt. Monate, ja sogar Jahre vergehen in dieser Weise, und es bleiben nur die epileptischen Anfälle auf der Scene, ohne Störungen anderer Art. So dass der Kranke unter diesen Bedingungen das exact darstellt, was ein Epileptiker ist; das ist eine Person, die von Zeit zu Zeit von Anfällen befallen wird, aber welche ausserhalb dieser Anfälle, eine normale Gesundheit behält, und vorzüglich frei ist von anderen Gehirnstörungen. Man wird ihn viel leichter für einen Epileptiker halten, viel eher, als ihn als Gehirnkranken zu betrachten. Und oft geschieht es sehr spät, nach einer Anzahl von Jahren, dass andere Symptome an diese Anfälle sich anreihen, die dann zuletzt dieser Pseudo-Epilepsie das Siegel einer symptomatischen Epilepsie geben.

Man hat Beispiele dieser Art citirt.

Dr. Ripoll, z. B. erwähnt eine interessante Beobachtung die einen jungen Menschen betraf, welcher von einem syphilitischen Vater stammend im Alter von 12 Jahren, von krampfartigen epileptischen Anfällen befallen wurde, welche sich in unregelmässigen Intervallen wiederholten, die aber

nie 2 Monate ausblieben. Diese Anfälle kamen auf diese Art 10 Jahre hindurch, ohne sich mit anderen Gehirnstörungen zu compliciren, und sie bestanden noch, als der junge Mann an Knochenaffectionen (Periostitiden der tibia und clavicula) erkrankte. Da die specifische Natur dieser letzteren Erkrankungen nicht zweifelhaft sein konnte, wurde alsogleich eine antisyphilitische Behandlung (Pillen von Dupuytren, Jodkali, Quecksilbereinreibungen) eingeleitet. Diese Behandlung nun hatte nicht allein den Effect, die Periostitiden zu heilen, sondern auch die Epilepsie zu curiren, welche von diesem Moment an absolut und definitiv aufhörte. [1])

Ebenso erwähnt von Althaus eine interessante Beobachtung eines von syphilitischen Eltern stammenden Kindes, welches von 2 bis zu 9 Jahren ausserordentlich zahlreichen epileptischen Anfällen unterworfen war (es kamen manchesmal 7 an einem Tag) und das keine anderen gleichzeitigen Erscheinungen hatte. Im Alter von 9 Jahren nun fing das Gedächtnis zu leiden an. Von diesem Augenblicke wurde es von Althaus einer Jodbehandlung unterworfen. Unter dieser Behandlung wurden die Anfälle anfänglich weniger häufig und weniger intensiv, um dann vollständig zu verschwinden. [2])

Es ist also möglich, dass die hereditäre Gehirn-Syphilis diese äusserst merkwürdige Erscheinung eines dauernden epileptischen Zustandes, der sich durch lange Jahre unter der einfachen und reinen Form einer Epilepsie ohne alle andere cerebrale Manifestation dahinzieht, hervorbringt.

Man kann also unter diesen Bedingungen sagen, dass die Epilepsie das Resultat einer acquirirten dauernden Laesion ist, die aber nicht weiter schreitet, und die sich durch epileptische Erscheinungen verräth, ohne cerebrale Reactionen anderer Art hervorzubringen.

Wenn man sich daher auf die Constatirung der klinischen Thatsachen beschränkt, so zeigt ein Individuum, welches unter dem Einfluss einer hereditären Infection von einer Epilepsie dieser Art ergriffen ist, nur die Erscheinungen einer wahren und wirklichen Epilepsie. Man hat alle Gründe, es von einer wirklichen neurotischen Epilepsie ergriffen zu halten, und man hat keinen Anhaltspunkt, es mit einer Gehirnerkrankung, noch weniger mit einer specifischen Gehirnerkrankung behaftet zu halten.

Es sind auch die Fälle dieser Art die allerheimtückischesten, diejenigen, die speciell zu diagnostischen Irrthümern Anlass geben. Wie kann man glauben, dass ein Kind oder ein Heranwachsender, der seit einer Anzahl von Monaten oder Jahren an Convulsionen leidet und niemals die mindeste Gehirnaffection gezeigt hat, nicht ein Epileptiker wäre? Wie den Verdacht schöpfen, dass diese Epilepsie, welche sich in nichts, — wenigstens bei der Mehrzahl der Kranken, — von einer wirklichen Epilepsie unterscheidet, das Resultat einer specifischen Encephalitis sei? Es ist mehr als ein Grund zum Irrthum, es ist hier, möchte ich fast sagen, ein Zwang zum Irrthum, fast einen Nothwendigkeit des Nichterkennens vorhanden. Die Kenntnis der Antecedentien der Familie, die persönlichen des Kranken allein könnten einiges Misstrauen erwecken. Ferner, wie wenige praktische Aerzte, selbst aus unserer Zeit werden zugeben, dass eine Epilepsie dieser Art von einer hereditären specifischen Infection

[1]) Accidents tardifs de la syphil. hereditaire (Revue medicale de Toulouse 1884.)
[2]) The medical Times, August 1874. p. 399.

abstammen könnte. Sie kann es jedoch, wie Sie gesehen haben, nach den vorher citirten Fällen, und wie Ihnen die staunerregenden Fälle der Genesung bei der Anwendung einer specifischen Behandlung gezeigt haben.

Es ist wahr, ich muss es auch sagen, dass diese ganz sonderbare Form der Epilepsie hereditär specifischen Ursprunges selten, sehr selten, ja wirklich ausnahmsweise ist. Man kennt bis jetzt eine nur sehr geringe Zahl von Beispielen. In der grossen Mehrzahl der Fälle ist der Gang ein anderer und zeigt eine ganz verschiedene Form, die ich Sie jetzt kennen lehren will.

II. Die zweite Gruppe umfasst diejenigen Fälle, wo die Epilepsie, vom Anfange an mit verschiedenen cerebralen Symptomen vergesellschaftet oder auch nicht vergesellschaftet, sehr bald, nachdem sie die Scene begonnen oder auch dominirt hat, sich verwischt und sich in ein mehr complicirteres klinisches Bild, welches das der grossen Gehirnaffectionen ist, auflöst.

Mit anderen Worten, das was man am Beginn der Erkrankung beobachtet, besteht ausschliesslich oder hauptsächlich aus Symptomen der Fallsucht. Der Kranke hat epileptische Anfälle, dies ist die Thatsache. Nun hat der Kranke entweder nichts als diese, oder ist gleichzeitig mit einigen cerebralen Störungen von minderer Wichtigkeit behaftet, welche aber im Hintergrunde bleiben, ja welche selbst manchesmal (wie in dem Fall, den ich früher erwähnte) gar nicht von der Familie bemerkt werden.

Dann aber mit der Zeit ändert sich die Scene. Die Epilepsie, welche bisher die erste Rolle spielte, vermindert sich allmälig dadurch an Kraft, dass die geringen Störungen, welche sie vom Anfang an begleiteten, sich verstärken, oder, dadurch dass neue Phänomene hinzutreten. Auf die eine oder andere Art endet sie damit, dass sie nur mehr eines der Elemente eines ausgedehnteren, grösseren Syptomencomplexes ist. Kurz gesagt, sie verschwindet ihrerseits in der Mitte der schweren Erscheinungen, von denen sogar einige, im klinischen Interesse bald den ersten Rang einnehmen.

Welches sind nun die Erscheinungen, die sich so um die initiale Epilepsie gruppiren, sich ihr zugesellen, ja sie sogar manchesmal substituiren?

Wir haben sie früher schon erwähnt. Es sind alle Gehirnsymptome; es sind Symptome, die man gewöhnt ist, als Erscheinungen der verschiedenen Encephalopathien zu begegnen, nämlich:

1. Störungen, die man congestive nennt; Schwere im Kopf, Kopfschmerzen; Schwindel, Betäubung, Ohrensausen, Klingen in den Ohren; Flimmern vor den Augen, Wolkensehen, Doppelsehen, Ameisenlaufen; etc.

2. Modificationen des Charakters und der Laune, welche das sind, was man in einem späteren Alter moralische Störung nennt: Verlust der Munterkeit, der Lebhaftigkeit, des den Kindern eigenthümlichen Muthwillens, Indifferenz, Apathie, Stumpfsinn; mürrische Laune; Neigung allein zu sein; Müssiggang, nervöse Reizbarkeit, Zorn und Thränen ohne Grund etc.

3. Intellectuelle Störungen, die vorzüglich bemerkbar sind durch: Stumpfsinn, Verminderung der Intelligenz, zunehmende Unlust

zur Arbeit; Vergessen der erlangten Fähigkeiten, Verlust des Gedächtnisses, Vergesslichkeit; Verminderung ja Erlöschen der Urtheilskraft; dann etwas später fortschreitender Niedergang und Stumpferwerden der Intelligenz; endlich zuletzt Schwachsinn.

4. Paralytische Störungen. Partielle Paresen oder Paralysen, unter denen in erster Reihe die Paralyse der Augenmuskel figuriren; dann endlich Hemiplegie, welche das gewöhnlichste und vorzüglichste Symptom der letzteren Stadien der Erkrankung, und die Hauptform ist, in der die Krankheitsform endet, die wir jetzt studiren.

Bei dieser Form — wie ich noch einmal erwähne die häufigste, — ist die Epilepsie nur ein prämonitorisches Phänomen, welches einem symptomatologischen Gesammtbildo, das viel complicirter und schwerer ist, nur als Vorspiel dient.

Von diesem Gesichtspunkt aus ist die cerebrale Syphilis der Kindheit mit der des Erwachsenen ganz gleich. Sie wissen, dass beim Erwachsenen diese Form, die die epileptische genannt wird, in einer Anzahl von Fällen mit Erscheinungen anfängt, welche die Gestalt der wirklichen Epilepsie ganz annehmen. Sie bewahrt einige Zeit hindurch die reine Physionomie der Fallsucht. Dann verbinden sich mit ihr bald andere Symptome, in deren Mitte sich die epileptische Grundform allmälig an relativer Schwere verringert, und endet endlich in einem klinischen Ensemble, demjenigen von grossen Gehirn-Desorganisationen. Und gerade dieselbe Reihenfolge und dieselbe Ordnung beobachten wir in der correspondirenden Form der hereditären Gehirnsyphilis des Kindes und des Adolescenten.

Ein aus dem Leben gegriffenes Beispiel wird Sie überdies noch viel mehr belehren als die Beschreibung dieser speciellen Form mit pseudo-epileptischen Anfällen. Ich entnehme dieses Beispiel meinen Aufzeichnungen und ich will es mit allen Details erzählen, des klinischen Interesses wegen, das sich an alle diese noch wenig bekannten Fälle dieser Art knüpft.

Ein junger Mann acquirirt Syphilis und behandelt selbe, wie so viele andere, nachlässig. Er heiratet und steckt bald seine Frau an. Einige Jahre später ist er von Gehirnerscheinungen, welche mehrere Aerzte auf die Syphilis beziehen, befallen, und unterliegt denselben.

Die junge Frau hat verschiedene specifische Erscheinungen (Roseola, Plaques an der Backenschleimhaut, Alopecie, Cephalalgie.). Da sie aber die Natur ihrer Erkrankung (die man ihr zudem sorgfältig verbirgt) nicht kennt, so behandelt sie sich gerade nur so kurze Zeit, um die ersten Symptome zum Verschwinden zu bringen.

Diesem inficirten Paar werden in den drei ersten Jahren der Ehe drei Kinder geboren.

Das erste wird im 8. Monat todtgeboren. Das zweite wurde ausgetragen. Es ist bald übersäet mit einer Unzahl specifischer Erscheinungen: confluirende Syphiliden von der ulcero-crustösen Form; Pemphigus; Ulcerationen der Wangenschleimhaut; schwere Ophthalmie, dem der Schwund eines Auges folgt; Knochenerkrankung etc. Es wird kachektisch und stirbt mit 6 Wochen.

Eine dritte Schwangerschaft gibt einem lebenden Kinde das Leben, welches der Gegenstand unserer jetzigen Beobachtung ist.

Im Alter von drei Wochen wurde dieses Kind von verschiede-

nen Erscheinungen unzweifelhaft specifischer Art erfasst. Man behandelte es und heilte es. Ueber diese Zeit hinaus bot es nichts Besonderes mehr dar: Es wuchs und entwickelte sich ganz angemessen, derart, dass es im Alter von 9 Jahren ein hübsches Mädchen war, das sich wohl befand, frisch und rosig, lebhaft, munter und wie man mir sagte, sehr intelligent war.

Um diese Zeit herum fing es an von Zeit zu Zeit ins Bett zu uriniren. Man zankte es aus, ohne sich weiter um dieses Symptom, welches häufig, wie Sie wissen, das Zeichen einer nächtlichen, nicht erkannten Epilepsie ist, zu kümmern. Einige Zeit darauf wird es, während des Essens plötzlich von heftigen Convulsionen erfasst. Es verliert plötzlich das Bewusstsein, wird sogleich „steif wie eine Eisenstange", beisst sich in die Zunge, schäumt, urinirt unter sich etc. Aehnliche Anfälle folgen nun in unregelmässigen Zeiträumen und immer mit denselben Symptomen. Man hält das Kind für epileptisch und unterwirft es einer ganzen Reihe von Behandlungsweisen, die alle ohne Effect bleiben.

Fünf oder sechs Monate vergehen so, ohne dass man andere Phänomene erwähnen könnte, ausser eine gewisse Veränderung des Charakters und einen gewissen Grad der intellectuellen Schwäche.

Später aber, in derselben Zeit, als die epileptischen Anfälle ihren Gang gehen, ändert sich die Scene. Die Intelligenz geht rasch abwärts. Das Gedächtnis verliert sich. Das Kind vergisst, was es gelernt hat. Es begreift nur sehr schwer. Es hat manchesmal ganz bizarre, aussergewöhnliche Ideen. Anderemale ist es ohne Grund von Schrecken erfasst, oder von stupiden, lang andauernden Lachanfällen etc. Es wird ungelehrig, boshaft, mürrisch, reizbar, grämlich.

Etwas später verschlechtert sich die Sprache, gewisse Worte werden schlecht ausgesprochen, skandirt, verstümmelt.

Sensible Störungen zeigen sich. Das Sehen verschlechtert sich. Die Pupillen dehnen sich auf eine aussergewöhnliche Art, aber auf beiden Augen nicht in gleicher Weise, aus. Das Gehör wird stumpf. Die allgemeine Sensibilität nimmt an diesen Störungen durch eine auffallend verspätete Perception theil; so dass, wenn man z. B. ein Glied kneipt, der Schmerz erst nach einigen Secunden geäussert wird.

Brechanfälle zeigen sich von Zeit zu Zeit.

Dann wird die Motilität ergriffen. Die Muskelkraft nimmt ab. Die Bewegungen werden schwach, ungeschickt, unentschieden. Der Gang ist schwankend, unsicher. Die Hände lassen die Gegenstände fallen, etc. Häufig zeigen sich intermittirende Krämpfe gewisser Muskelgruppen, vorzüglich der Muskeln der Kiefer; Erschütterungen, plötzliches Zucken der Gliedmassen zeigen sich, etc. Paralyse des sechsten Gehirnnervenpaares, daher Strabismus und Diplopie; Uriniren und Defäcation erfolgt unwillkürlich.

Im Verlaufe von einigen Monaten erfahren alle diese Phänomene eine progressive Steigerung, trotz einer sehr intensiven specifischen Behandlung (die allerdings nur sehr spät und in einer Zeit angewendet wurde, wo die Situation beinahe verzweifelt war). Die Intelligenz verliert sich vollkommen und das Kind ist in einen vollkommenen Idioten verwandelt. Das Gesicht erlischt. Eine sehr ausgesprochene Parese befällt alle Gliedmassen. Die Hände können nichts fassen, nichts halten. Die unteren Extremitäten sind nicht im Stande, den Körper zu tragen.

Das Kauen ist schwierig und langsam. Das Schlingen ist soweit gehindert, dass die festen Ingesta nur mit Mühe hinabgebracht werden, die Flüssigkeiten aber theilweise durch die Nasenhöhlen herausgeschleudert werden.

Einige Wochen hindurch ist das Leben nur automatisch, vegetativ. Zuletzt kommt eine Hemiplegie mit Coma, welche in wenigen Tagen diese traurige Scene abschliesst.

Die Autopsie zeigt unbestreitbare specifische Knochenerkrankungen, mit lederartiger Verdickung der Meningen, meningo-cerebralen Verwachsungen; Zerstörung der grauen Substanz und Erweichungsherde in den Central-Regionen.

Hier ist ein Beispiel der hereditären cerebralen Syphilis mit initialen Erscheinungen der Epilepsie.

XXXIV.

Ich komme jetzt zur Hauptfrage, zur praktischen Frage: Was hat die specifische Behandlung für einen Erfolg? Was haben wir von der Behandlung der cerebralen Syphilis, von der die Epilepsie eines der ersten Stadien bildet, zu erwarten?

Nichts oder alles, je nach dem Falle. Es gibt Fälle, wo diese Behandlung in der That Wunder wirkte, wie es auch Fälle gibt, wo sie nur unvollständige, provisorische, ja sogar manchmal negative Resultate lieferte. Zwei Hauptbedingungen bestimmen hier den Erfolg oder Misserfolg der Behandlung: 1. die rasche Intervention oder die verspätete specifische Behandlung, 2. der ausschliessliche Charakter der epileptischen Manifestationen oder das Mitbestehen anderer schwerer Gehirnsymptome mit der Epilepsie.

I. Wenn die Behandlung zur rechten Zeit intervenirte, zu einer Periode, wo die Epilepsie allein existirte, oder zu einer Periode, wo sie nur mit anderen oberflächlichen und leichten Gehirnsymptomen vergesellschaftet ist, bieten sich alle guten Aussichten eines Erfolges. Ich sage sogar, dass unter solchen Bedingungen der Erfolg beinahe gewiss [1]) ist. Denn unter allen Formen, welche die Gehirnsyphilis annimmt, ist die epileptische Form beim Kinde wie beim Erwachsenen sicher diejenige, welche sich dem Einflusse einer specifischen Behandlung am zugänglichsten zeigt, diejenige, welche am leichtesten und besten ausheilt.

Erinnern Sie sich nur als Beispiel an eine der Beobachtungen, die ich Ihnen kurz mittheilte. Der unmittelbare, vollständige und definitive

[1]) Ich bitte den Leser festzuhalten, dass ich sagte, beinahe gewiss und nicht gewiss. Denn es gibt in der That gewisse Formen von Epilepsie sowohl beim Kinde als beim Erwachsenen, welche absolut der specifischen Behandlung Widerstand leisten und zwar darum, weil sie nicht für diese Behandlung passen, oder mit anderen Worten: weil sie nicht specifischen Ursprunges sind. Ich behalte mir vor, über diesen Punkt in einer nächsten Publication zu sprechen, wo ich beweisen werde, dass ein radicaler Unterschied aufzustellen ist zwischen den nervösen Zufällen, welche bei syphilitischen Individuen vorkommen. Die einen sind syphilitischer Natur, die anderen sind nur syphilitischen Ursprungs, was ein Unterschied ist. Die ersten, welche von specifischen Erkrankungen herkommen, können durch eine specifische Behandlung mächtig beeinflusst und geheilt werden. Die Zweiten, welche nur die indirecten Resultate der Syphilis sind und von gewöhnlichen Erkrankungen herkommen, bleiben gewöhnlich refractär gegen die syphilitischen Heilmittel. Gewisse Epilepsien, und das sowohl in der hereditären wie in der acquirirten Syphilis reihen sich in diese zweite Kategorie ein und bleiben absolut oder beinahe absolut refractär gegen die specifische Behandlung.

Erfolg, den ich das Glück hatte, in diesem Falle zu erzielen, wird keine Zweifel hinterlassen, weder über die Natur der Erkrankung noch über die Wirksamkeit des Heilmittels. Und diesen Erfolg zaudere ich nicht, den beiden folgenden Umständen zuzuschreiben. Erstens konnte ich schon in der ersten Woche, wo sich die epileptischen Anfälle zeigten, eingreifen, und zweitens hatten die Gehirnstörungen, welche die Epilepsie complicirten, obwohl sie klar und deutlich waren, nur einen leichten Grad von Intensität erlangt. Wenn Sie also in einer Periode gerufen worden sind, wo die epileptischen Anfälle einerseits schon alt sind, andererseits mit anderen schweren Gehirnstörungen in Verbindung sind, dann müssen Sie beinahe auf einen sicheren Misserfolg gefasst sein. Keine Hoffnung oder wenig Hoffnung ist in einem solchen Falle zu hegen. Entweder wird Ihre Behandlung nur den Lauf der Krankheit mildern, provisorisch einige Phänomene zurückdrängen, abschwächen, oder auch, sie wird gar nichts, absolut nichts nützen. Das war der Fall bei der letzten Kranken, von der ich Ihnen soeben erzählte. Zu der kleinen Kranken zu einer Epoche gerufen, wo die Epilepsie schon 7 Monate dauerte und sich mit einer beträchtlichen Verminderung der Intelligenz, mit einer allgemeinen musculären Parese, mit verschiedenen sensiblen Störungen, mit Störungen der Sprache vergesellschaftet hatte, hielt ich vom Anfang an die Partie für verloren. Vergebens verordnete ich eine höchst intensive, gemischte Behandlung, bei welcher ich lange Zeit blieb, vielleicht über das Nothwendige hinaus, — alle meine Anstrengungen waren umsonst.

II. Sicher die ungünstigste Vorbedingung für den Erfolg der Behandlung in den Fällen, welche uns beschäftigten, ist die, wo den epileptischen Erscheinungen andere Symptome beigesellt sind, die den Intellect, die Motilität, die Sinnesorgane angreifen. Eine Epilepsie mit psychischen Störungen, mit Paresen oder Paralysen, mit Amblyopie, mit Taubheit und Störung der Sprache complicirt, muss beinahe als incurabel bezeichnet werden; oder, um mich besser auszudrücken, die cerebrale Syphilis, welche sich durch ein solches Gesammtbild von schweren Erscheinungen kundgibt, ist nahe daran, die Quellen der Kunst erschöpft zu haben. Obwohl das mehr oder weniger lange Zeit währende Auftreten der epileptischen Anfälle, d. h. der mehr weniger inveterirte Charakter der Erkrankung in dieselbe obige Reihe gehört, so gibt er doch nicht eine gleich schlechte Prognose. Bei einer Epilepsie, welche einige Monate dauert oder ein Jahr oder mehr, ist noch immer Heilung möglich, vorausgesetzt, dass sie nicht mit anderen wichtigen Gehirnstörungen complicirt ist.

Man hat staunenswerthe Beispiele erzählt, welche noch wenig bekannt sind und welche ich Ihrer Aufmerksamkeit empfehle. Man hat specifische Epilepsien gesehen, welche mehrere Jahre bestanden und welche sich gegen jedes Heilmittel widerspenstig zeigten, die aber durch eine specifische Behandlung vollständig geheilt wurden.

So hat Ripoll in einem Falle, den ich Ihnen schon vorher erwähnt habe, einen jungen, hereditär syphilitischen Menschen, der mit Epilepsie seit zehn Jahren behaftet war, mit Jodkali und Merkur geheilt.

Althaus erwähnt eines Falles derselben Art, den er folgendermassen zusammenfasst: Ein Kind von 9 Jahren wird mir als epileptisch vorgestellt. Es hatte seine ersten Anfälle, sagte man mir, zur Zeit, als es

seine Zähne bekam. Diese Anfälle dauerten 6 Monate, dann haben sie aufgehört, um im Alter von 2 Jahren wieder zu erscheinen und seit jener Zeit persistirten sie. Sie sind sogar stärker und häufiger seit einer gewissen Zeit geworden, es sind wahre Anfälle des „grand mal" mit Aura, Verlust des Bewusstseins, heftigen Krämpfen, Schaum vor dem Munde, Zerbeissen der Zunge, unwillkürlichem Urinlassen, schliesslichem Schlaf. Das Kind kam so weit, dass nicht eine Woche ohne Anfälle verging. Gewöhnlich hatte es 4—5 Anfälle am Tag, manchmal bis zu 7, worauf eine Pause oft von 1—2 Tagen war. Seine Intelligenz jedoch blieb unangetastet und von einer guten Mittelmässigkeit. Nur in jüngster Zeit hat es eine gewisse Abschwächung des Gedächtnisses gezeigt. Sonst war die Gesundheit, mit Ausnahme eines gewissen Grades von Anämie gut.

In der Unkenntnis, in der man über die speciellen Antecedentien der Familie war, begann man das Kind einer ganzen Reihe von Behandlungsweisen, die gewöhnlich gegen die Epilepsie gebraucht werden, (Bromkali, Belladonna, Arsen etc.) zu unterwerfen und setzte das durch 7 Monate fort. Keine Besserung zeigte sich; bitte das, meine Herren, wohl zu bemerken. Im Gegentheil! Die Anfälle folgten aufeinander und selbst die Intelligenz begann zu schwinden.

Um diese Zeit kam die Mutter des Kindes zu mir, um für dasselbe, wegen eines ulcerösen Geschwüres am Fusse, welches ich als syphilitisch bezeichnen musste, Rath zu holen. Man informirt sich nun und erfährt, dass der Vater Syphilis vor 15 Jahren gehabt hat, dass er eine ganze Reihe von Erscheinungen gezeigt hatte und dass er thatsächlich noch mit specifischen Erscheinungen behaftet ist. Nach diesen neuen Erfahrungen änderte man die bisherige Behandlungsweise und lässt das Kind Jodkali gebrauchen. Nach den ersten drei Wochen der Behandlung werden die Krampfanfälle weniger intensiv und weniger häufig. Die folgende Woche zeigte einen einzigen Anfall, dann hörten die Anfälle ganz auf und 4 Monate später verlässt das Kind die Anstalt in bestem Befinden.

Hier sind zwei Fälle, wo die specifische Epilepsie hereditären Ursprungs, die eine 7 Jahre, die andere 10 Jahre alt, durch die specifische Behandlung geheilt worden sind.

Welche Belehrung bergen diese Beispiele! Welche Hilfsquellen eröffnen sich aus der specifischen Behandlung denjenigen Kranken, welche das Glück haben, ihre Epilepsie einer syphilitischen hereditären Infection zu verdanken!

Wie es demnach in der letzten Reihe der Fälle (die allerdings sehr selten sind), sein mag, so bleibt es nicht minder sicher, dass die rasche Intervention ein Hauptrettungsmittel ist. Zur rechten Zeit eingreifen ist die Hauptsache. Folgerichtig ist der wichtigste Punkt für die Praxis, zur richtigen Zeit die richtige Diagnose der Anfälle zu machen, die *cerebrale Syphilis unter der Maske dieser Pseudoepilepsie zu entdecken* und sie durch die einzige Art der Heilmittel, welche hier anzuwenden sind, zu bekämpfen.

Wie und auf welchen Grundlagen können wir diese Diagnose nun machen? Das will ich Ihnen erklären.

XXXV.

Dieses praktische Problem stellt sich in folgender Art dar:

Hier haben Sie ein Kind, einen Adolescenten, einen jungen Menschen, welcher seit einer gewissen Zeit von epileptischen Anfällen heimgesucht ist. Können nun solche Anfälle von einer hereditären Syphilis herrühren?

Früher haben Sie ja erfahren, dass die Lösung dieses Problems ausschliesslich in der Kenntnis der Antecedentien des Kranken oder seiner Familie enthalten ist. Denn wenn nicht da, wo soll man diese Lösung suchen?

Die klinische Forschung selbst lehrt uns in einem solchen Falle nichts, weil sie ohnmächtig ist, die Specificität einer syphilitischen Epilepsie, ebenso wie die einer Hemiplegie, einer Paralyse, einer Ataxie desselben Ursprungs zu behaupten.

Was für ein Hilfsmittel der Differential-Diagnose wird Ihnen jemals durch das genaueste Examen der Krankheit, zwischen einer syphilitischen Epilepsie und einer symptomatischen, aus anderer Ursache entstandenen Epilepsie zur Verfügung stehen?

Ich wiederhole es und kann es nicht oft genug wiederholen, dass es nur eine Art der Erwägung gibt, welche im Stande ist, eine mögliche Beziehung zwischen der Epilepsie und Syphilis herauszubringen, und das ist die Constatirung der Syphilis an dem Kranken selbst oder seinen Ascendenten. Ausser diesem besitzen wir kein anderes Merkzeichen, um die fragliche Diagnose festzustellen. Wir müssen also in der Suche nach den Antecedentien der Syphilis alle unsere Kräfte anspannen.

Existirt die Syphilis bei diesen Kranken oder seinen Ascendenten, ja oder nein? Dies ist der Hauptpunkt, der aufzuhellen ist.

Wie können wir ihn aber aufhellen? Wir können ihn aufhellen durch ein Nachforschen über die vorangegangenen Erkrankungen, durch diese retrospective und Special-Untersuchung, von der ich Ihnen schon so oft gesprochen habe.

Natürlicherweise wird sich die Untersuchung zuerst auf den Kranken erstrecken, und sie wird bei ihm Syphilis suchen, sei es in der Gegenwart, sei es in der Vergangenheit; so wird man sie auf seiner Haut, seinen Schleimhäuten, seinen Knochen, seinen Ohren, seinen Augen, seinen Zähnen u. s. w. suchen, überall dort mit einem Worte, wo diese Erkrankung gewöhnlich ihre Spuren zurücklässt. Es ist hier am Platze, alle diese Erscheinungen, die ich Ihnen im Anfange dieser Arbeit als vorzüglich eigenthümliche bezeichnet habe, um den Verdacht auf hereditäre Syphilis zu erwecken, vor Ihren Augen vorüberziehen zu lassen.

Wenn aus dieser Untersuchung hervorgeht, dass die Syphilis in irgend einer Weise unter den Antecedentien des Kranken einen Platz einnimmt, so ist alles gesagt. Sie wissen, was Sie wissen wollen, und es bleibt Ihnen nur übrig, consequent zu handeln.

Stellen wir aber die entgegengesetzte Supposition auf. Ihr Examen hat Ihnen nichts geliefert, was Ihnen die Syphilis verrathen hätte. Werden Sie sich mit diesem negativen Resultate begnügen ohne weiteres Nachforschen? Das werden Sie gewiss nicht thun, da es ein grosser Fehler wäre und da Sie ja von der doppelten Wahrheit durchdrungen sind, nämlich 1. dass eine Person von hereditärer Syphilis afficirt sein kann,

ohne etwas Syphilitisches an sich selbst oder in seinen Antecedentien zu bieten, und 2. dass in einem ähnlichen Falle die Untersuchung der Eltern Sie das lehren kann, was Sie die Untersuchung des Kindes nicht gelehrt hat. So wird sich also Ihre Untersuchung ausdehnen und die Syphilis bei den Eltern suchen müssen. Dies ist eine formelle und absolute Verpflichtung.

Wollen Sie vielleicht über diesen Punkt ein Beispiel, der Natur entnommen, um über den Nutzen, welchen in diesem Falle die Untersuchung der Eltern bieten kann, so brauche ich es nur jener interessantesten Beobachtung zu entnehmen, von der ich Ihnen soeben gesprochen habe.

Althaus empfängt in seiner Ordination ein Kind, welches man ihm als epileptisch zuführt und das in der That häufig Anfälle des „grand mal" hat. Nachdem er nichts Specifisches in den Antecedentien und dem gegenwärtigen Zustande des kleinen Patienten findet, unterwirft er denselben anfänglich der gewöhnlichen Behandlung gegen die Epilepsie und dies ohne Erfolg. Aber 7 Monate später entdeckt er die Syphilis an der Mutter des Kindes und man sagt ihm auch, dass der Vater vor seiner Verheiratung syphilitisch war und noch an verschiedenen specifischen Zufällen leidet. Auf diese neue Erfahrung hin ändert er seine Behandlungsweise, schreibt Jodkali auf und die Convulsionen hören auf, die Pseudo-Epilepsie ist rasch geheilt.

Was gibt es Beweisenderes?

Das ist aber noch nicht alles Denn es gibt Fälle, wo die Untersuchung auch auf die anderen Kinder der Familie ausgedehnt werden muss, d. h. auf die Brüder und Schwestern des Kranken, und das aus dem einfachen Grunde, weil man an den anderen Kindern das finden kann, was man bei einem von ihnen und ebenso bei den Eltern nicht gefunden hat.

Ich sagte Ihnen gerade, dass eine hereditär syphilitische Person an sich kein Zeichen der Diathese, die es von seinen Eltern ererbt hat, tragen muss. Andererseits bleibt aber auch die Untersuchung in dem, was die Familie betrifft, oft negativ, sei es, dass die Eltern nicht mehr leben, sei es, dass sie nicht leicht erreichbar sind oder dass sie, was häufig ist, nur ungenügende Auskunft geben. Natürlich wird man in Fällen dieser Art sehr froh sein, wenn andere Kinder derselben Familie existiren, um bei ihnen eine unvollständige Untersuchung vervollständigen zu können.

Und die Erfahrung lehrt, dass in einem solchen Falle diese ergänzenden Untersuchungen mehr als einmal ganz kategorische und beweisendste Erfahrungen gebracht haben.

Ein bemerkenswerther Fall, sagt H. Jakson, ist der, dass in einer syphilitischen Familie gewisse Kinder gar nichts zeigen, was den Verdacht einer hereditären Syphilis erwecken könnte, und dass andere dagegen sehr hervortretende Zeichen der hereditären Syphilis zeigen.

Eines Tages führte man mir ein epileptisches Kind zu. Ich untersuchte es und fand nichts bei ihm als eine essentielle Epilepsie. Aber einige Zeit darauf hatte ich die Gelegenheit, die jüngere Schwester meines kleinen Kranken zu sehen und ich entdeckte bei ihr syphilitische Zähne, Narben um den Mund, wolkenartige Trübungen der Cornea. Solche Symptome, die eine offenbar hereditäre Syphilis an diesem letzten

Kinde bestätigten, führten mich natürlich dazu, die Epilepsie ihres Bruders derselben Ursache zuzuschreiben. Es ist also, fügt als Schlussfolgerung unser berühmter College hinzu, eine absolut nothwendige Regel der Praxis für einen Arzt, der wegen einer kindlichen Epilepsie consultirt wird, die Brüder und Schwestern eines Kindes zu untersuchen, um bei ihnen das zu finden, was beim Kranken mangeln kann, nämlich die Zeichen der hereditären Syphilis. Man muss also sagen, dass man die Spur der Syphilis überall suchen muss, wo man die Chance hat, sie zu finden. Daher ist in der That die Diagnose, nicht weniger schwierig als wichtig. Zahlreich sind die Irrthümer und zahlreich sind die Fehler, die in diesem Punkte begangen werden. Man muss selbst bei Untersuchungen dieser Art dabei gewesen sein, um die Klippen, die Unentschiedenheiten, das Dunkel kennen zu lernen, um zu wissen, wie häufig man sich an die Ungewissheit, an die Indifferenz, an die Verstellung, an die Lüge stösst. Man würde gar nicht glauben, wie oft die Syphilis in der Welt ungekannt und vergessen bleibt, ohne von denjenigen zu sprechen, welche sie geflissentlich mit einem undurchdringlichen Schleier bedecken. Ein typisches Beispiel dieser Art unter so vielen anderen citire ich Ihnen:

Ein Mädchen von 12 Jahren ist von epileptischen Anfällen befallen. Man schöpft nach verschiedenen Zeichen Verdacht, dass dieses Kind seine Epilepsie einer hereditär syphilitischen Infection verdankt. Der Vater, befragt, läugnet jede verdächtige Vergangenheit, einige Zeit darauf aber stirbt er an einer cerebralen Syphilis, die bei der Autopsie constatirt wurde. Es ist also ganz unmöglich, bei der Untersuchung, solchen Irrthümern zu entgehen und darum wollen wir die Untersuchung so vollständig als möglich, darum wollen wir sie auch so allgemein und auf alle diejenigen ausgedehnt, auf die sie sich erstrecken kann.

Diese Untersuchung, meine Herren, ist in der That das Hauptkriterium der Diagnose und sie allein ist es, welche in schwierigen und dunklen Fällen Licht bringen kann, wie ja diese es vorzüglich sind, wo es sich darum handelt, die Genesis und die Natur der epileptischen Anfälle zu beleuchten.

XXXVI.

II. Initialform mit cephalalgischen Symptomen.

Die Cephalalgie ist eine noch viel häufigere Anfangsform der cerebralen Syphilis als die Epilepsie.

Es ist ausserordentlich selten, dass die Cephalalgie unter den Anfangs-Symptomen dieser Erkrankung fehlt; nur figurirt sie unter denselben in sehr veränderlichen Graden, ihre Intensität und Dauer betreffend; manchesmal ist sie vorübergehend und leicht, so dass sie unbeachtet bleibt, manchesmal, und das sehr häufig, nimmt sie eine intensive und dauernde Form an, welche sehr zur Beachtung auffordert.

Ebenso wie die Epilepsie zeigt sie sich, sei es als isolirtes ausschliessliches Phänomen, sei es vergesellschaftet mit andern Gehirnsymptomen, so z. B. finde ich unter meinen Beobachtungen die Geschichte eines 6-jährigen Kindes, welches die Syphilis nur in der Form von einfachen Kopfschmerzen zeigte, die nicht von der geringsten encephalischen Störung anderer Art begleitet waren. Man beschäftigte sich nur wenig mit diesen

Symptomen, da das Kind Wochen lang nur Kopfschmerzen hatte. Man begriff deren Bedeutung nicht, und begnügte sich, einige Purgirmittel zu geben. Da auf einmal trat ein epileptischer Anfall auf, der in kurzer Zeit von anderen ähnlichen Anfällen und verschiedenen alarmirenden Symptomen gefolgt war. Bei einem anderen 7 Jahre alten Kinde eröffneten den Krankheitsverlauf Kopfschmerzen in Gesellschaft von Schwindel, Betäubung, Ohrensausen, und einer ausserordentlichen Unlust zu jeglicher Arbeit.

Obwohl es nicht leicht ist, bei Kindern oder jugendlichen Personen den exacten Charakter irgend eines Schmerzes genau heraus zu bekommen, so schien es mir doch, dass meistens in den Fällen, die uns beschäftigen, sich der Kopfschmerz unter der Form eines Leidens darstellt, das 1. mehr allgemein als partiell, und 2. vielmehr dumpf als stechend oder neuralgisch ist. In der That sagen die Kinder im Allgemeinen, dass sie Kopfweh haben, aber ohne einen Punkt mehr als den anderen zu bezeichnen, so als ob sie im ganzen Kopf litten; auch ihr Verhalten zeigt weniger einen stechenden Schmerz, ein intermittirendes schmerzhaftes Gefühl, das von Pausen der Ruhe unterbrochen ist, als vielmehr ein beständiges Leiden, das mit Schwere und Betäubung verbunden ist. Manchesmal jedoch, (was aber selten und beinahe ausnahmsweise ist) scheint dieser Schmerz auf einem fixen und circumscripten Punkt localisirt zu sein, wie in einer meiner Beobachtungen, wo als Sitz der Schmerzen stets die Stelle der Temporalregion einer Seite von dem kleinen Patienten angegeben wurde.

Dieser prodromale Kopfschmerz ist mehr oder weniger heftig, je nach dem Fall. Dennoch habe ich ihn nie zu dem Grade anwachsen sehen, wie beim Erwachsenen. Ich habe beim Kinde niemals diesen hartnäckigen Kopfschmerz, diese schreckliche Beklemmung gefunden, welche ich schon oft bei Kranken eines anderen Alters, in ähnlichen Fällen gefunden habe.

Der Kopfschmerz, welcher den Anfang der cerebralen Syphilis bei jungen Leuten signalisirt, ist durch folgende zwei Charaktere bemerkenswerth:

1. Durch die nächtlichen Exacerbationen, die bei vielen Beobachtungen angegeben werden, in der Weise, dass die Kinder bei der Nacht erwachen, sich über den Kopf beklagen, weinen, sich herumwerfen und Schreie ausstossen.

2. Durch seine Beständigkeit. Dieser letzte Charakter vor allem ist es, welcher die Aufmerksamkeit, ja den Verdacht erregen muss.

Und in der That, der syphilitische Kopfschmerz unterscheidet sich als Species durch das einzige Merkmal seiner Dauer von den verschiedenen Kopfschmerzen anderen Ursprunges. Er dauert nicht allein mehrere Tage, sondern auch mehrere Wochen mit oder ohne Intermissionen. Er ist vorzüglich ein andauernder Kopfschmerz.

Die einzige Thatsache dieser Zähigkeit, dieser Persistenz, bildet also ein Kennzeichen von beträchtlicher Wichtigkeit. Meine Herren, trauen Sie nicht diesem rebellischen Kopfschmerz der Kindheit oder des jugendlichen Alters. Ich brauche Ihnen nicht zu sagen, dass dies meist bedrohliche Vorzeichen sind, da sie praemonitorische Symptome einer gewöhnlich schweren bevorstehenden Krankheit sind; Sie sind häufig die Vorläufer der syphilitischen Erkrankung des Gehirns. „Misstrauen

Sie einem Kopfschmerz, der lange Zeit andauert, sagte Ricord; „er riecht nach Syphilis!“ So wahr dieses Wort des berühmten Meisters für den Erwachsenen gilt, so gilt es auch für das Kindesalter.

Wenn einer specifischen Behandlung unterworfen, vermindert und verschwindet dieser Kopfschmerz gewöhnlich bald. Es gibt kaum Symptome, welche der Wirkung des Merkurs, noch mehr dem Jodkali gegenüber so empfindlich sind, wie diese. Man sieht Cephalalgien dieser Art von einem Tag auf den andern durch eine starke Dosis Jodkali sich vermindern. In jedem Fall ist es gewöhnlich, dass sie sich vermindern, manchmal sehr rasch, um gradatim ganz aufzuhören.

Ich erwähne die Thatsache, dass eine Anzahl dieser Cephalalgien bei Kindern oder Adolescenten, die durch die specifische Behandlung rasch geheilt wurden, sehr legitim die Etiquette erhalten konnten „cerebrale Syphilis in ihrem Lauf gehemmt und geheilt.“ Ich bin gewiss, dass die Fälle zahlreich sind, in welchen wir, wenn wir eine Cephalalgie dieser Art zu heilen, mehr leisten, als nur ein einfaches Kopfweh zu heilen. Ich bin gewiss, dass wir bei Fällen dieser Art, mehr als einmal, schwere cerebrale Zufälle abwenden, mit einem Wort, wir heilen ohne es zu wissen, oder vielmehr ohne es sagen zu wollen, eine im Entstehen begriffene specifische Gehirnerkrankung.

Die Gegenprobe davon ist, dass die Erkrankung, sich selbst überlassen und nicht auf die einzig richtige Art und Weise behandelt, sich rasch mit andern Symptomen complicirt, (wie intellectuelle Störungen, epileptische Anfälle, Congestiv-Zustände, partielle Paresen, Paralysen; etc.), um schliesslich in einer vollständigen und schweren Gehirnerkrankung zu endigen. Es wäre überflüssig, hier Beispiele zu citiren, so sehr ist dies eine allgemeine Beobachtung.

Wir können auch beifügen, dass die Aufeinanderfolge dieser diversen Symptome auf die Cephalalgie bei dem Kinde eine ziemlich rasche ist, frühzeitiger als bei dem Erwachsenen. Wir sehen, dass es bei Erwachsenen nicht selten ist, dass diese Kopfschmerzen allein während einer langen Zeit andern Manifestationen der cerebralen Syphilis vorausgehen, während beim Kinde diese Folge-Erscheinungen nicht so lange warten, um zum Vorschein zu kommen; sie erscheinen gewöhnlich im Verlauf von einigen Wochen.

Es ist also so: Kopfschmerz als Anfangssymptom, hernach nach einem kurzen Intervall das Erscheinen von verschiedenen cerebralen Phänomenen, dies ist es, was man in der Mehrzahl der Fälle beobachtet, was wir die Regel nennen können.

Aber an die Seite dieser Regel stellt sich eine Ausnahme, und diese Ausnahme ist hinlänglich bemerkenswerth, um sie näher zu besprechen, obwohl sie sehr selten ist.

Es ist nämlich nicht unmöglich, dass sich diese Form der Cephalalgie festsetzt und ihren Typus ohne weitere Entartung beibehält, wenigstens für einige Zeit. Man hat also bei Kranken dieser Art es mit einem reinen Kopfschmerz, ohne jede Complication zu thun, aber mit einem Kopfschmerz, der beständig und widerspenstig ist. Wir sehen dies in einer Beobachtung meines Collegen und Freundes Dr. Lannelongue, wo ein hereditä-rsyphilitisches Kind im Alter von 3 Jahren anfängt, an Kopfschmerzen zu leiden und mit Intervallen bis in sein 12. Jahr leidet, einer Zeit, in der es gelegentlich anderer syphilitischen Manifestationen

einer specifischen Behandlung unterworfen wurde. Es wurde nämlich im Alter von 12 Jahren wegen verschiedener alter Ostitiden und eines recenten Gumma des Beines ins Spital gebracht. Natürlich wurde Jodkali gegeben. Dieses Medicament heilte nicht nur das Gumma und besserte die Knochenerkrankung, sondern vertrieb und heilte diese chronische Cephalalgie.

Doctor Augagneur hat in seiner ausgezeichneten Arbeit über die Syphilis hereditaria tarda eines noch merkwürdigeren Falles erwähnt. Ein junger, hereditär syphilitischer Mann wurde im Alter von 26 Jahren von einem fast beständigem Kopfschmerz befallen, es bestanden nächtliche Exacerbationen und in derselben Zeit entwickelten sich Periostitiden an seiner Tibia. Während eines Zeitraums von 5 Jahren wurde er für rheumatisch gehalten und ohne Erfolg den verschiedensten Behandlungen unterworfen (Salicyl, Alkalien, Beruhigungsmittel, Badecuren etc.). Sein Kopfleiden vermehrte sich nur und wurde permanent. Zu dieser Zeit hatte er das Glück, zwei Aerzte (die Herren Augagneur und Horand) zu befragen, welche die wahre Natur des Leidens vermutheten und Jodkali verschrieben. Sofort verschwand, wie durch Zauberei, der Kopfschmerz und verminderten sich in derselben Zeit die Knochenaffectionen mit einer nicht minder bemerkenswerthen Raschheit.

Ich selbst habe zwei analoge Fälle gesehen, in welchen die Kopfschmerzen mehrere Jahre mit wechselnden Remissionen und Exacerbationen andauerten, um endlich in andere Gehirnsymptome überzugehen.

Es resultirt daher aus diesen verschiedenen Fällen, dass eine wirklich chronische Cephalalgie das Anfangszeichen einer hereditären Syphilis sein kann. Aber es ist sicher nur eine seltene Form, eine ausnahmsweise, vorzüglich in Bezug auf die früher erwähnte, welche im Gegentheil, wie ich nochmal wiederhole, unter die gewöhnlichen Beobachtungen gehört.

Vom praktischen Gesichtspunkte aus ist das Symptom, von welchem wir eben gesprochen haben, von einem höchst wichtigen Interesse. Denn es ist beim Kinde und beim Jüngling der häufigste Vorläufer der hereditären cerebralen Syphilis; es ist sogar, man kann es behaupten, das praemonitorische Phänomen par excellence.

Zwei Dinge bitte ich Sie sich überdies über diesen Gegenstand einzuprägen.

1. Sobald man bei einem jugendlichen Individuum, eine Cephalalgie, von Hartnäckigkeit und mit nächtlichen Exacerbationen, findet, so muss man als wahrscheinliche Ursache derselben an Syphilis denken und von diesem Gesichtspunkt aus auf die sorgsamste Weise die Krankheits-Antecedentien des Kranken und seiner Familie studiren.

2. Wenn aus dieser Untersuchung hervorgeht, dass die Syphilis in Betracht gezogen werden muss oder kann, so bildet dies allein schon eine formelle Indication zu einer specifischen Behandlung.

Bei einer solchen Gelegenheit zaudern Sie, meine Herren, nicht einen Augenblick, die antiluetische Behandlung vorzuschreiben, sei es auch nur versuchsweise. Denn Sie haben da die Gelegenheit und das Mittel in der Hand, eine drohende Krankheit rasch zu beeinflussen, und Symptome abzuwenden, die Sie später nicht im Stande sein werden, zu unterdrücken.

Ich habe in diesen Fällen manchesmal einige unserer Collegen

folgendermassen Einwendungen machen hören: „Aber, wer sagt uns denn, dass dieser Kopfschmerz syphilitischen Ursprunges ist? zudem hat ja derselbe nichts Specielles an sich, er ist ja von keinem Symptome begleitet, das eine cerebrale Syphilis bestätigen könnte. Wir fühlen uns daher nicht autorisirt, seinethalben allein schon jetzt eine antiluetische Behandlung vorzuschreiben. Warten wir also zu.“ Dies ist ein schlechtes Raisonnement, meine Herren, ebenso wie ein verabscheuungswerthes Handeln, und zwar aus folgenden Gründen: es hat nämlich erstens die syphilitische Cephalalgie niemals irgend etwas absolut Besonderes an sich, nichts, was die Aufmerksamkeit des Arztes erregen würde; sie bildet andererseits das einzige Kennzeichen, welches einige Zeit hindurch die Syphilis anzeigt; und drittens und letztens, ist sie meist heilbar zu jener Zeit, wo sie noch ganz allein besteht. Zu warten, um sie zu erkennen und zu bekämpfen unter dem Titel eines syphilitischen Symptomes, bis sie andere cerebrale Symptome im Gefolge hat, heisst Gefahr laufen, zu lange zu warten und zu spät zu kommen, um den Kranken zu retten.

Früh genug einzugreifen, ist hier dringend nothwendig, ich scheue mich nicht, Ihnen, meine Herren, dies nochmal zu wiederholen. Der Erfolg ist der Preis. Wenn Sie nun einmal dazu kommen, in einem gegebenen Fall zwischen einer Cephalalgie dieser Art und Antecedentien einer hereditären Syphilis einen Zusammenhang zu finden, warten Sie nicht mit dem Handeln, bis Ihre Zweifel durch ein vollständigeres Bild bestätigt sind, denn dies könnte Ihrem Patienten theuer zu stehen kommen. Interveniren Sie ohne Zögern und Aufenthalt, und interverinen Sie durch die einzige Behandlungsweise, die in einer solchen Situation indicirt ist.

XXXVII.

Anfangsformen, welche den Charakter und die Intelligenz betreffen:

Eine dritte Anfangsform der cerebralen hereditären Syphilis ist diejenige, welche ich die mentale Form nenne. In der Mehrzahl der Fälle besteht sie mit anderen Gehirnsymptomen anderer Art zu gleicher Zeit. Manchmal aber auch beherrscht sie allein für eine gewisse Zeit lang die Scene oder beherrscht sie wenigstens in einer hervorragenden Weise. Sie besteht aus zwei Arten von Störungen, welche übrigens meist zusammen vorkommen, nämlich:

Intelligenzstörungen und moralische Störungen.

Die ersteren sind durch eine wirkliche Depression, durch eine wirkliche Schwäche der psychischen Fähigkeiten charakterisirt und wir können anfangs gleich sagen (mit Ausnahme der ganz jungen Individuen, mit denen wir uns jetzt nicht zu beschäftigen haben), diese Störungen sind nicht weniger sichtbar und erkennbar beim Kinde und beim Adolescenten als beim Erwachsenen. Folgendes kann man beobachten:

In einem gewissen Momente scheint die Intelligenz einen Stillstand in ihrer Entwicklung zu haben. Sie erscheint weniger lebhaft, wie eingeschlafen, träge. Wenn die Erziehung des Kindes schon begonnen ist, so bemerken seine Lehrer und Eltern, dass es weniger leicht lernt, dass es das, was man ihm explicirt, langsamer begreift, dass es sein Gedächtnis verliert, dass es seine Lectionen weniger gut kann und sie nicht behält, dass seine Aufgaben schlecht und voll von Fehlern sind, was früher

nicht der Fall war, dass es zerstreut ist, dass seine Aufmerksamkeit vermindert ist, dass irgend eine Arbeit, selbst eine ganz kurze, es ermüdet und abspannt. Nicht allein konnte man sagen, es macht seit einer gewissen Zeit keinen Fortschritt, sondern verlernte, es hat das vergessen, was es wusste und befindet sich thatsächlich im Rückschritte gegenüber der Zeit vor einigen Monaten.

Gleicherweise hat diese Schwäche des Intellectes zu begleitenden Symptomen Störungen, welche man beim Erwachsenen moralische nennt, und welche in Veränderungen des Charakters, der Laune und der Gewohnheiten bestehen. Diese Störungen entgehen uns bei den Kranken des Spitales, weil uns die Merkmale, um sie genau zu erkennen, mangeln. Aber in der Privatpraxis werden sie uns durch die Familie weitläufig auseinandergesetzt und bilden eines der bemerkenswerthesten Kennzeichen der Erkrankung.

Man wird Ihnen sagen, das Kind hat seit einiger Zeit seine Unternehmungslust, seine Lebhaftigkeit, seine Munterkeit, seinen gewöhnlichen Muthwillen verloren. Es ist langsam, apathisch, indifferent geworden. Es unterhält sich mit nichts mehr, es spielt wenig oder es spielt nur auf täppische Weise, ohne an dem, was es thut, theilzunehmen, es ist ungeduldig, reizbar, mürrisch und grämlich. Es ist wechselnd in seinen Gefühlen, abwechselnd torpid oder aufgeregt, vom Lachen zum Weinen übergehend oder umgekehrt. Es hat Zornausbrüche ohne Ursache, manchmal ist es von wirklichen Weinkrämpfen ohne Ursache erfasst, welche nicht endigen und bei denen man alle Mühe der Welt hat, es zu trösten. Manchmal isst es nicht und manchmal zeigt es sich wieder wählerisch, was es früher nicht war, kurz, es ist ein Kind, das verändert ist und dessen Charakter vollkommen umgewandelt ist, so dass, die Eltern selbst die so bezeichnende Bemerkung aussprechen: „Es ist nicht mehr dasselbe Kind, so sehr hat es seine Launen und seine Gewohnheiten seit einiger Zeit verändert.“

Auf diese letzten Besonderlichkeiten, bitte ich, besonders Ihr Augenmerk zu richten. Denn einerseits sind sie ausserordentlich wichtig, was die Symptome der Gehirnerkrankungen betrifft, und andererseits bieten sie eine merkwürdige Aehnlichkeit mit den Symptomen, welche man bei einer anderen Krankheit bemerkt, die wir früher genannt haben, mit der tuberculosen Meningitis. Es sind ja besonders diese eigenthümlichen Veränderungen des moralischen Habitus, welche man in früheren Zeiten als Gehirnfieber! bezeichnet hat, von denen Trousseau unter anderen eine so packende Beschreibung gegeben hat. Eine Beobachtung, welche ich in der Praxis gemacht habe und welche unglücklicher Weise die anatomische Weihe erhalten hat, wird uns ein möglichst vollkommenes Beispiel dieser cerebralen Syphilis geben, deren Anfang durch psychische und moralische Störungen charakterisirt ist.

Es handelt sich um ein kleines Mädchen, welches, nachdem es von verschiedenen hereditären Erkrankungen afficirt und geheilt war, im Alter von 9 Jahren von einer specifischen Gehirnentzündung ergriffen wurde, der es im Laufe von 15 Monaten erlag. Die ersten Symptome, welche bei ihr den Anfang einer Krankheit bezeichneten, bestanden ausnahmsweise in intellectuellen Störungen, verbunden mit Veränderungen des Charakters, welche unter dieser Form lange andauerten und sich einige Zeit später allerdings mit epileptischen Anfällen vergesellschafte-

ten. Ich habe eine der genauesten und minutiösesten Beschreibungen davon, die ich einer Art von Memorandum, einer wirklich medicinischen Beobachtung, die Tag für Tag gemacht wurde, verdanke, welche mir durch die Grossmutter des Kindes überschickt wurde. Ich habe hier durch einen zärtlichen, aufmerksamen Zeugen die genauesten Details aufgezeichnet gefunden, so dass ich nichts Besseres thun kann, als Ihnen Fragmente dieses interessanten Journals zu citiren:

„Es war im Zeitraume von 2 oder 3 Monaten eine wirkliche Umänderung eingetreten. Das Kind, welches fleissig, arbeitsam, intelligent und für sein Alter geistig sehr entwickelt war, wurde faul, unaufmerksam und vergesslich. Es machte keinen Fortschritt mehr, ja im Gegentheil, es schien von Tag zu Tag das zu vergessen, was es gelernt hatte. Es machte Fehler auf Fehler, es erinnerte sich nicht an das, was man am Tage vorher oder am selben Tage ihm gesagt hatte. Seine Aufgaben im Katechismus, für welche es immer eine Vorliebe gehabt hatte, waren schlecht gemacht und blieben unvollendet.

Seine Dictate waren voll von Orthographiefehlern und ganz aussergewöhnliche Fehler, ein Plural für den Singular, das Masculinum für das Femininum. Einigemale musste man es bestrafen, weil man glaubte, es sei Nachlässigkeit, Faulheit oder Zerstreuung dahinter. Aber in der Folge war man genöthigt, die traurige Wahrheit zu erkennen, die ich mir selbst immer wegtäuschen wollte, dass meine Enkelin gestörten Geistes war. Sie kam so weit, dass sie von Geographie gar nichts mehr wusste, in der sie früher sehr unterrichtet war, dass sie Madrid nach Frankreich und London nach Oesterreich verlegte. Dasselbe geschah beim Klavierspiel. Sie spielte nicht mehr im Takte und vermischte ein Stück mit dem andern, und so waren es viele Fehler, die ich Ihnen nicht mehr sagen kann. Kurz, das Mädchen hatte seine ganze Intelligenz verloren.“

Und in der That, als ich das Kind das erstemal 7 oder 8 Monate später sah, fand ich es in einem sehr vorgerückten Zustande der intellectuellen Depression, ja beinahe im absoluten Schwachsinn. Was die Störungen des Gemüthes betrifft, so waren sie sehr bald mit den Störungen des Intellects verbunden, wie die weitere Erzählung beweist:

„Der Charakter des Kindes war vollkommen geändert. Sie, die von Natur aus sanftmüthig, zärtlich und zugethan war, welche mich früher mit ihren Zärtlichkeiten überhäufte und jeden Augenblick kam, mich abzuküssen, beachtete mich gar nicht mehr, auch nicht seine Freunde und niemanden. Nach und nach wurde sie gleichgiltig, herbe, störrig und aufs Aeusserste reizbar. Um Ihnen nur ein Beispiel davon zu geben, wollte sie nicht mehr, dass ihre kleinen Kameraden ihr Spielzeug, das sie ihnen früher oft lieh oder selbst schenkte, berührten. Wenn ihr kleiner Bruder ihr Spielzeug nahm, erzürnte sie sich und betrachtete ihn mit bösen Blicken, sie hätte ihn ohne mein Einschreiten sogar geschlagen. Manchmal zerbrach sie selbst ihr Spielzeug, weil man es berührt hatte. Während sie früher lustig und fröhlich war, wurde sie jetzt in sich gekehrt, mürrisch, traurig. Sie hielt sich, ohne etwas zu sprechen, in Winkeln auf und wehrte sich und erzürnte sich, wenn man mit ihr sprechen wollte. Ohne Motiv sprang sie von Heiterkeit zur äussersten Traurigkeit über. Einigemale weinte sie ganze Stunden lang,

ohne dass man sie trösten konnte. Man that alles in der Welt, um das, was man für Fehler des Charakters hielt, zu verbessern, aber weder Milde, noch Drohung, noch Bestrafung erzielten das geringste Resultat. Man konnte sie nur zum Gehorsam bringen, indem man ihr die Nahrung entzog, was mich sehr erstaunte, da sie niemals feinschmeckerisch war und jetzt war sie es bis zur Genäschigkeit. Sie hat beinahe stets einen fixen und fremdartigen Blick, welcher mich erschreckte."

Also hier, meine Herren, haben Sie ganz aussergewöhnliche Störungen des Geistes und des Charakters, die ich Ihnen als die Anfangsform der Erkrankung, die uns jetzt beschäftigt, bezeichnete.

Sehen wir nun, was weiter daraus wird. Die Regel ist, dass diese Störungen, von denen ich Ihnen soeben erzählte, rasch sich mit anderen Symptomen compliciren, unter denen die vorzüglichsten die drei folgenden sind:

1. Kopfschmerz;
2. congestive Störungen (Ohrensausen, Schwindel, Doppelsehen);
3. epileptische Anfälle.

Das Auftreten dieser Symptome lässt gewöhnlich nur einige Wochen auf sich warten. Sie können sich aber auch erst nach 2, 3 oder 4 Monaten einstellen.

In jedem Falle endigen nach einer verschiedenen Zeit diese Anfangssymptome, von denen ich gesprochen habe, und die, wie ich wiederhole, nur den Intellect und die Moral betreffen, in einem viel complicirteren und sehr schweren Gehirnleiden. So ist das normale Fortschreiten, so ist der Gang der Krankheit. Ich kann schon im Voraus sagen, dass diejenige Form der Gehirnerkrankungen, welche von Anfang an sich der psychischen und moralischen Fähigkeiten bemächtigt, eine ausserordentlich schwere ist, sie ist eine bösartige Form, welche sehr rasch zur Degeneration führt, welche mehr als jede andere der specifischen Behandlung widerstrebt und welche, je weniger sie gleich von Anfang an erkannt und von Anfang aus durch die energischeste Behandlungsweise bekämpft wird, eine beinahe immer infauste Prognose in sich birgt. Hier muss ich eine Ausnahme, die der Bemerkung werth ist, und die merkwürdiger Weise ihre Analogie in den beiden vorhergehenden Formen hat, einfügen.

Ich habe Ihnen früher gezeigt, dass die Cephalalgie und die Epilepsie, anstatt einfache Initialsymptome der complicirteren Gehirnleiden zu bilden, sich oft als Art erhalten; das heisst, dass sie habituell und chronisch werden, ohne Verbindung mit Gehirnzufällen anderer Art. Wir haben Kranke gesehen, welche durch lange Jahre einen beständigen oder intermittirenden Kopfschmerzen oder epileptischen Anfällen unterworfen waren und dies ohne Complicationen, ohne Anfälle einer anderen Art, mit einem Wort, ohne Degeneration. Ich werde jetzt einen ähnlichen, analogen Fall erwähnen.

Es ist nicht unmöglich, dass die mentale Form, welche beinahe immer normalmässig, möchte ich sagen, ein einfacheres Vorspiel zu complicirteren und schwereren Erscheinungen ist, sich wenigstens für eine längere Zeit in der permanenten mentalen Form, ohne dass irgend etwas hinzukommt, erhält.

Ich habe einen Fall dieser Art in meiner Clientel bei einem Knaben, der von syphilitischen Eltern geboren und der ein Bruder von mehreren anderen syphilitischen Kindern war, die aber alle im jugend-

lichsten Alter den Anfällen der hereditären Syphilis unterlagen, beobachtet. Er selbst wäre auch bald in seinen ersten Lebensmonaten Erscheinungen derselben Art unterlegen, aber man rettete ihn und man hielt ihn für geheilt, als ich ihn ungefähr im Alter von 12 Jahren zu sehen bekam. Er war zu dieser Zeit der Typus eines zurückgebliebenen Kindes. Was seine physische Entwicklung betrifft, so hätte man ihn für 6, 7 oder höchstens 8 Jahre gehalten, so klein war er, so unproportionirt, mager, so dünnleibig.

Was seine intellectuelle Entwicklung betrifft, war sie ebenfalls nicht seinem Alter entsprechend. Man bezeichnete ihn als einen schlechten Schüler, der wenig arbeitete, aus seinen Lectionen keinen Nutzen zog, er war kindisch in seinem Urtheil, in seiner Geschmacksrichtung und in seinen Spielen. Aber im Ganzen war er nicht ganz unfähig, kein Schwachkopf, kein Idiot, was er im Zeitraume von einem Jahre ungefähr geworden ist, wie Sie sehen werden.

Als ich zu ihm gerufen wurde, erzählte man mir, dass seit einem Monate seine Intelligenz beträchtlich herabgemindert war, man war genöthigt, ihn aus der Erziehungsanstalt zurückzunehmen, weil er nicht mehr arbeitete, nicht mehr das begriff, was man ihn lehrte und weil seine Kameraden über ihn spotteten. Ich selbst fand ihn in der That in einem Zustande vollendeten Schwachsinnes, unfähig des Urtheils und der Aufmerksamkeit, wenig und sehr schlecht sprechend, nur Dummheiten machend, als einen Knaben, der seine Zeit mit ungeschickter Unterhaltung zubrachte, der kaum seine Mutter erkannte, unliebenswürdig, ungelehrig war, der häufigen Zornanfällen unterworfen, sogar bösartig u. s. w. war, aber im Uebrigen von jeder anderen cerebralen Störung verschont und was seinen Allgemeinzustand betrifft, von guter Gesundheit war.

Trotz alle dem, was ich that, trotz der Rathschläge verschiedener meiner Collegen, die ich mir zu Hilfe rief, schritt der intellectuelle Verfall immer vorwärts, kurz, in 6 oder 8 Monaten ungefähr wurde das Kind im wahren Sinne des Wortes ein Schwachkopf, ein Idiot. Und so blieb es auch. Aber das, was hier vorzüglich der Aufmerksamkeit werth ist und was uns für den Augenblick interessirt, ist, dass sich diese intellectuellen Störungen in diesem Falle in einer isolirten, ausschliesslichen Form, unabhängig von einem anderen cerebralen Phänomen zeigten. Seit 2 oder 3 Jahren sehe ich dieses Kind von Zeit zu Zeit und ich kann Sie versichern, dass kein anderes als die beschriebenen Symptome der mentalen Form sich dazu gesellten. [1])

Hier haben Sie also ein Beispiel einer hereditär-syphilitischen Gehirnerkrankung, die unter der mentalen Form auftritt und in dieser ausschliesslichen Form wenigstens mehrere Jahre hindurch weiter existirt.

H. Jakson hat ebenfalls unter dem Titel „Dementia durch congenitale Syphilis" einen Fall erwähnt, der einen, von syphilitischen Eltern erzeugten jungen Menschen betrifft, der um das Alter von 15 Jahren

[1]) Seit 5 oder 6 Jahren wurde ich nicht mehr in diese Familie geholt, aber ich habe das Kind mehrmals auf der Strasse begegnet. Es wurde in einem kleinen Wagen geführt, seine Physiognomie genügt, um ein absolutes Erlöschen der Intelligenz zu constatiren. Es scheint auch, dass es im Verlaufe von 2 oder 3 Jahren den Gebrauch seiner Beine verloren hatte und, wie ich aus einer anderen Quelle hörte, sich kaum mehr aufrecht erhalten konnte.

ungefähr seine ganze Intelligenz verlor und dies auch ohne andere cerebrale Störungen.

Sein Patient war anfänglich ein wohlbegabtes, fleissiges, gelehriges, liebenswürdiges und gutmüthiges Kind. Stufenweise wurde er unaufmerksam, indifferent, faul, unbrauchbar. Er verlor das Gedächtniss, vergass das Schreiben und wandelte sich in ein böswilliges, mürrisches, reizbares, heftiges Individuum um. Er war ausserordentlich veränderlich in seinen Gemüthsstimmungen, so dass er für seine Schwestern oft leidenschaftliche Zärtlichkeiten hatte, bald sich wieder weigerte, sie zu küssen. Er entwendete alles, was er im Bereich seiner Hände fand; manchmal entkleidete er sich vollständig und beharrte darauf, ganz nackt zu bleiben etc., kurz, er war ein vollendeter Narr. Im Uebrigen zeigte er aber weder eine Paralyse, noch Störungen in der Motilität, noch epileptische Anfälle. Er blieb in diesem Zustande ohne Veränderung wurde einige Jahre später durch eine intercurrirende Krankheit dahingerafft.

Hier also, wie in dem früheren Falle, besteht eine bleibende mentale Form, eine mentale Form, welche das ganze Krankheitsbild erfüllt, ohne Gehirnstörungen einer anderen Art. Aber ich wiederhole Ihnen, dass Fälle dieser Art, soweit wir bis jetzt urtheilen können, nur seljene Ausnahmen sind.

XXXVIII.

Diese drei Reihen von Symptomen, welche wir nun studirt haben, nämlich die Epilepsie, den Kopfschmerz, die intellectuellen und moralischen Störungen, bilden also sicher die gewöhnlichsten Anfangserscheinungen der hereditärsyphilitischen Encephalopathien.

Aber es sind das nicht die einzigen Krankheitserscheinungen, welche man am Beginn der Erkrankung beobachten kann, es sind andere, die theils isolirt, theils den vorhergehenden zugesellt, manchmal in dieser Periode auftreten. Diese will ich Ihnen ausführlich erklären.

I. Erwähnen wir zuerst die verschiedenen congestiven Störungen, die wir schon zum grössten Theile wenigstens in der vorhergehenden Beschreibung erwähnt haben, nämlich Schwindel, Ohrensausen, alle Arten von vorübergehenden cerebralen Schwächen, Störungen des Gesichtes (nämlich vorübergehendes Wolkensehen, Funkensehen), Störungen des Gehörs, (Ohrensausen, Klingen, oder wie die kleinen Kranken sagen, „Musik“ und „Läuten“ in den Ohren), einigemale sogar plötzliche Störungen des Gleichgewichtes mit Sensation des drohenden Hinfallens. Obwohl nun diese Erscheinungen bei den jungen Individuen oft unbemerkt bleiben, so werden diese Symptome dennoch in einer grossen Zahl von Fällen erwähnt.

II. In zweiter Reihe kommen die Störungen der Motilität, unter denen in Bezug auf Häufigkeit die motorischen Paralysen des Auges, die vorzüglich das III. Nervenpaar afficiren, (n. occolomotorius commun.) den ersten Platz einnehmen.

Jeder weiss, was für ein Zeichen der Specificität diese oculären Paralysen an sich tragen, und wie häufig man sie unter den Symptomen, durch welche sich die cerebrale Syphilis beim Erwachsenen zeigt, figuriren sieht. Ebenso und mit einer beinahe eben solchen

Häufigkeit beobachtet man sie bei der cerebralen Syphilis des jugendlichen Alters und dies manchmal in einer Epoche, die dem Anfange der Krankheit nahe ist, bald aber wieder in einer vorgeschritteneren Zeit.

Sehr häufig zeigen sich diese Paralysen, welche das III. Nervenpaar ergreifen, dissociirt, partiell; d. h. sie befallen nur gewisse Aeste, manchmal sogar nur die Endigungen, ja ein Ende des Nerven allein. Es ist z. B. sehr häufig, dass sie sich nur durch eine isolirte Ptosis oder durch eine einfache Midriasis äussern. Es ist wohl auch nicht nöthig zu erwähnen, dass diese motorischen Paralysen des Auges sowie beim Erwachsenen auch hier meist unilateral sind.

Man hat andere Fälle, obwohl unendlich viel seltener, von verschiedenen Paralysen, verschiedenen Sitzes beobachtet, nämlich die des VII. Paares, Hemiplegia facialis oder diejenige des V. (Trigeminus), wie in einem früher citirten Falle erwähnt wurde, in welchem eine Anästhesie der ganzen linken Gesichtshälfte bestand.

Endlich fand man in einigen Fällen eine verallgemeinerte oder partielle Hemiplegie. Aber dieselbe ist ein seltenes Symptom der ersten Periode. Beinahe immer ist dieselbe eine mehr oder weniger spätere Erscheinung und sehr oft ein begleitendes Phänomen des tödtlichen Ausganges. — Bei diesem letzten Punkt wollen wir einen erwähnenswerthen Unterschied zwischen der cerebralen Syphilis jugendlicher Personen und jener der Erwachsenen besprechen. Beim Erwachsenen kommen Hemiplegien mit oder ohne Prodrome, die den Beginn einer specifischen Encephalopathie anzeigen, vor; im jugendlichen Alter sind Hemiplegien selten.

XXXIX.

Ich habe Ihnen jetzt die Anfangsform der Erkrankung beschrieben. Wir wollen nun sehen, wie das Bild der Erkrankung in einer späteren Zeit sich gestaltet, wenn die Entwicklung der Krankheit nicht durch die Behandlung beeinflusst ist. Das, was sich zeigt, zeigt sich, in einer allgemeinen Form dargestellt, folgendermassen: einerseits das Bestehen der früheren Symptome nur unter einer gewöhnlich verstärkten Form und, andererseits ein Hinzutreten neuer, immer schwererer Symptome, Symptome welche gewöhnlich schwere Gehirnaffectionen verrathen. Mit anderen Worten: Der pathologische Rahmen, der bis daher nur vereinzelte Erscheinungen bot, erweitert sich; die Erkrankung nimmt eine mehr allgemeine Gestalt an. Sie dehnt ihre Krankheitserscheinungen aus und vervielfältigt sie und führt zu einem zusammengesetzten Krankheitsbild, welches zahlreiche und verschiedene Symptome in sich fasst.

Nehmen wir an, sie habe angefangen mit einfachem Kopfschmerz; diesem Kopfschmerz gesellen sich bald verschiedene congestive Störungen zu, hernach erscheinen epileptische Anfälle, später wird die Intelligenz ergriffen und nimmt ab, hernach erscheinen sensible Trübungen, dann kommen motorische Störungen, Convulsionen, Paralysen verschiedenen Sitzes, Anfälle von Koma, derart, dass sich der Arzt in einer gewissen Zeit, anstatt ein oder zwei Symptome zu bemerken, gegenüber einer ganzen Reihe, einer ganzen Gruppe von cerebralen Erscheinungen, die verschiedenartig combinirt sind, befindet.

Erinnern Sie sich nur an eine der Beobachtungen, die ich Ihnen früher citirte, bei denen sich das Krankheitsbild aus folgenden Elementen zusammensetze:

Anfänglich Störungen des Charakters und der Laune, Störungen der Intelligenz und epileptische Anfälle; später continuirliche Abnahme des Intellectes, Amnesie und immer häufigere, epileptische Anfälle. Später Fehlen der Worte, Schwäche des Gesichtes, Pupillen-Dilatation, Störungen des Gehörs, Störungen der allgemeinen Sensibilität, heftige Anfälle von Kopfschmerz, häufiges Erbrechen; später noch Störungen der Motilität, Contracturen, Zuckungen, Reissen in den Gliedern, Muskelschwäche, Unsicherheit in den Bewegungen; Strabismus, Parese der Sphincteren, Paresen der unteren Gliedmassen, die unfähig werden, den Körper aufrecht zu erhalten; Paresen der oberen Gliedmassen, Störungen im Schlucken, endlich absolute Blindheit, completer Idiotismus, continuirliche Somnolenz, Contracturen, theilweise Convulsionen, hemiplegische Anfälle und am Schlusse Koma. — Dasselbe findet in vielen anderen Fällen, welche ich Ihnen aufzählen könnte, statt.

Mit einem Wort, die Entwicklung der Krankheit geht immer in der Weise vor sich: Im Anfange besteht gar nichts als einige isolirte Phänomene, oft sogar ein einziges Symptom, wie z. B. Kopfschmerz, Epilepsie, Störungen des Intellectes; — später, in einer vorgerückten Zeit treten neue vielfältig verschiedene Symptome, welche in dem Gesammtbilde der schwersten Encephalopathien endigen, hinzu.

XL.

Nachdem wir dies in einer allgemeinen Art besprochen haben, gehen wir zu den Einzelheiten über und versuchen wir festzustellen, welche Symptome gewöhnlich die letzten Stadien dieser Erkrankung bilden. Auch hier sind zahlreiche Verschiedenheiten wie in der Periode des Beginnes. Diejenigen Symptome, welche sich in einem Falle zeigen, fehlen in einem anderen und umgekehrt. Z. B. die Epilepsie, eine der gewöhnlichsten Erscheinungen der cerebralen Syphilis des Jugendalters, kann im Krankheitsbilde fehlen; — die congestiven Störungen sehr häufig und sehr hervortretend bei dem einen Individuum, können nur discret und leicht bei einem anderen sein; — die Paralysen der Augenmuskel werden hier existiren und dort fehlen; — die Hemiplegie selbst, das vorherrschende Symptom bei dem grössten Theile der Kranken, wird sich bei diesem vielleicht gar nicht, bei einem anderen vielleicht nur im Endstadium zeigen. Dasselbe gilt von einer grossen Anzahl anderer Erscheinungen.

Schliesslich, meine Herren, dürfen Sie darüber nicht staunen, denn es gibt viele und plausible Gründe für diese Veränderlichkeit der Symptome, nämlich: der verschiedene Sitz der Erkrankung, die verschiedene Ausdehnung derselben, die veränderliche Zahl der Krankheitsherde etc.

Um nur vom Sitze z. B., meine Herren, zu sprechen, habe ich Ihnen da nothwendig zu sagen, dass heutzutage, wo das Studium der cerebralen Localisation im höchsten Aufschwung ist, derselbe eine Hauptbedingung ist, um die Natur der klinischen Erscheinungen zu verändern. Es ist ja klar, dass die Erkrankung bestimmter Gehirnpartien besondere Erscheinungen hervorrufen wird, die in einem anderen Falle,

wo diese Gehirntheile gesund blieben, fehlen werden. Die Art der Symptome, welche auftreten, ist einfach eine Affaire der Topographie der Erkrankung, geradeso wie der auf einem Piano hervorgebrachte Ton in Relation ist mit der angeschlagenen Taste.

Wie also die cerebrale hereditäre Syphilis in verschiedenen Localitäten existiren kann, so ist sie auch verschiedener klinischer Erscheinungen fähig, im Einklang mit dem Sitze der Erkrankung. Manchmal, trotz einer gewissen Verschiedenheit der Phänomene zeigt die Erkrankung in ihren vorgerückten Phasen eine wirkliche Einförmigkeit, was ihre allgemeine Gestaltung und die hauptsächlichsten Symptome betrifft. Sie hat, wenn ich so sagen kann, Grundsymptome, Symptome, die einfach veränderlich sind in Bezug auf ihren Grad und die Epoche der Erscheinung, aber Symptome, welche constant sind und welche man in allen Fällen wieder findet.

Wir wollen folgende erwähnen:

1. In erster Linie intellectuelle Störungen. Die Intelligenz ist immer in den vorgeschritteneren Stadien der Erkrankung afficirt. Sehr häufig nun, wie wir gesehen haben, ist sie gleich vom ersten Auftreten an, ein andermal aber in kurzen Zeiträumen nach den ersten Symptomen afficirt. Darüber hinaus nimmt sie nur progressiv ab, um endlich in einen vollständigen Verfall überzugehen. Manchmal sieht man eine ganze Reihe von Symptomen einer geschwächten, langsamen und confusen Ideenassociation, einer cerebralen Apathie, einer moralischen und das Gemüth betreffenden Indifferenz, einer psychischen Störung, einer Schwächung und Verdummung und endlich, wenn der Tod die Scene nicht beendet, vollkommene Zerstörung der intellectuellen Fähigkeiten.

2. Die Störungen der Motilität kommen nicht minder häufig unter verschiedenen Formen in derselben Periode der Affection vor. Man kann diese oder jene Augenmuskelparalyse constatiren, die ich schon vorher erwähnt habe, (nämlich Strabismus, Midriasis, Ptosis) oder ebenso Paresen, partielle Paralysen, die nur auf einen Theil des Gesichtes, auf eine Gliedmasse, auf die Zunge, den Pharynx, die Sphyncteren und die Blase sich erstrecken; oder aber auch den Zustand einer allgemeinen Parese, die alle Gliedmassen afficirt, vorzüglich aber die unteren Gliedmassen, welche immer zuerst ergriffen sind und unter dem Gewichte des Körpers den Dienst versagen, oder auch oft die Hemiplegie.

Die Hemiplegie, mag sie partiell oder allgemein sein, mag sie auch oft uncomplet sein, sie ist immer das beinahe normale Ende der Erkrankung in einer vorgeschrittenen Periode.

Ohne Zweifel gibt es Fälle, wo sie lange auf sich warten lässt, oder wo sie nur im letzten Stadium oder bei der Endkatastrophe erscheint, aber das ist nur eine Ausnahme. Die Regel, — oder wenigstens der gewöhnlichste Fall ist, dass die Hemiplegie nicht nur in dem Krankheitsbilde Platz nimmt, sondern dass sie meistens auch schon mitten in der Krankheit erscheint.

3. Die intellectuellen und motorischen Störungen bilden in der Mehrzahl der Fälle das gemeinsame Moment dieser Erkrankungen. Wir können hier noch als häufiges Vorkommen hinzufügen:

1. epileptische Anfälle, welche spät oder früh erscheinen, sich bis in eine vorgeschrittene Periode vorfinden, ja welche sogar oft die letzten

Phänomene der Erkrankung bilden. (Die Erkrankten erliegen dann nämlich im Verlaufe oder in der Folge eines Krampfanfalles.)

2. Verschiedene sensible Störungen, unter denen die gewöhnlichen sind: Verschwinden der allgemeinen Sensibilität, Störungen des Gehörs (Ohrensausen, Taubheit); Amblyopie, schliesslich Blindheit.

3. Einige vorübergehende Erscheinungen von sehr grosser Häufigkeit, nämlich congestive Anfälle, Aphasie, Muskelkrämpfe, theilweise Convulsionen, Contracturen, Coma ultimum.

Fügen Sie diese verschiedenen Symptome zu den vorher citirten Krankheitsbildern hinzu, so haben Sie das beinahe vollständige Gemälde der Symptome, welche die vorgeschrittene Periode der Erkrankung bezeichnen.

Es bleibt uns noch die Endkatastrophe zu schildern übrig. Wenn nun die Affection mit Symptomen von einer solchen Schwere geendet hat, und sich allem Anschein nach mit Gehirnstörungen vergesellschaftet hat, so gibt es nur eine Möglichkeit des Abschlusses und das ist der Tod, der Tod unter verschiedener Gestalt, der aber häufig sehr rasch erfolgt.

XLI.

Wie viel Zeit verstreicht durchschnittlich bis zur Entwicklung der Krankheit, über die wir gesprochen haben? — Das kann ich Ihnen jetzt noch nicht genau angeben, da eine genügend grosse Anzahl von Beobachtungen fehlt, um eine Statistik von irgend einem Werthe festzustellen. Dennoch resultiren aus den Thatsachen bis jetzt zwei Punkte, nämlich:

1. Dass die Dauer dieser Krankheitsanfälle ausserordentlichen Veränderlichkeiten unterworfen ist und dies nach den verschiedenen Bedingungen, welche aus dem Sitze und der Ausdehnung der Erkrankung, ebenso aus der Art der Laesionen, dem Alter, der Widerstandsfähigkeit der Kranken etc., ohne von dem therapeutischen Einflusse zu sprechen, resultiren.

2. Dass die Krankheit zwei ganz entgegengesetzte Typen einhält, einen raschen und einen langsamen Typus. Es gibt einerseits in der That eine gewisse Anzahl von Fällen, wo die Symptome in kurzer Zeit aufeinander folgen und sich anhäufen, wo man gerade wie bei den Meningitiden die Anfangssymptome von einer ganzen Reihe von schweren Symptomen gefolgt sieht (partielle Convulsionen, epileptische Anfälle, intellectuelle Störungen, Delirium, Unruhe, Ungleichheit der Pupillen, Erbrechen, Zuckungen und Contracturen der Muskeln, Schlafsucht, Schwäche, Paresen und partielle Paralysen). Man könnte an eine Meningitis denken. Es sind das wirklich rasche, beschleunigte beinahe acute Formen, für welche der Ausdruck meningitische Formen, so scheint es mir, nicht übertrieben oder unpassend wäre. Andererseits gibt es Fälle, wo die Entwicklung einen ganz anderen Gang nimmt, wo die Dinge, erlauben Sie mir das Wort, sich in die Länge ziehen. Eines oder einige Symptome zeigen das Eintreten der Krankheit an. Hernach zeigt sich für eine kürzere oder längere Zeit gar nichts. Mehrere Monate darauf erscheint ein neues Symptom, welches der Erkrankung eine viel schwerere Gestaltung gibt und dieses Symptom ist ebenfalls von den anderen folgenden durch einen längeren Zeitraum getrennt. Man würde es für den langsamen, ruhigen, torpiden Verlauf eines cerebralen Tumors mit unmerklichen Fortschritten halten.

Hier habe ich z. B. einen Fall bei der Hand, wo die Entwicklung nicht weniger als 18 Monate gedauert hatte und der sich in folgender Weise entwickelte. 3 oder 4 Monate waren ausschliesslich durch intellectuelle und moralische Störungen markirt. Später kamen epileptische Anfälle in langen Zwischenräumen. Wieder 3 Monate später traten zahlreiche cerebrale Anfälle auf, die sich in langsamer Reihenfolge abwickelten, um erst im Laufe eines Jahres mit dem Tode zu enden.

Im Gegensatz zu den rasch verlaufenden Formen, welche an die acuten oder subacuten Formen des meningitischen Verlaufes erinnern, nähern sich diese langsamen und torpiden Formen der gewöhnlichen chronischen Entwicklung der Cerebraltumoren.

Endlich kann diese Entwicklung sehr langsam sein und einen ganz chronischen Verlauf zeigen.

Sie dauert dann mehrere Jahre, in deren Verlauf der kleine Kranke eine miserable Existenz, die der gehirnschwachen Kinder führt.

Wir haben z. B. einen Fall von Dr. Bury citirt, der eine cerebrale hereditäre Syphilis zum Ursprung hat, welche nicht weniger als $8^1/_2$ Jahre dauerte und folgende Symptome bot:

Im Alter von 3 Jahren Eintritt von epileptischen Convulsionen mit rechtsseitiger Parese; — im Alter von $4^1/_2$ Jahren wurde das Kind unfähig zu gehen; — mit 9 Jahren verlor es allmälig den Gebrauch der Worte und wurde absolut aphasisch; — bald darauf verfiel es in einen Zustand von vollkommenem Idiotismus. — Endlich im Alter von $11^1/_2$ Jahren unterlag es einer Reihe von epileptischen Anfällen. Die Section wurde gemacht und man konnte, ohne von verschiedenen visceralen Erkrankungen zu sprechen, folgende merkwürdige Veränderungen constatiren: Veränderungen am Schädel, temporale Exostose, welche die mittlere linke Hirnhöhle beträchtlich verkleinerte, diffuse, pseudomembranöse Meningitis, Atrophie des linken Schläfe-Keilbeinlappens, arterielle Sclerose.[1])

Ebenso hat Dr. Mendel eine der interessantesten Beobachtungen berichtet, wo die Entwicklung der cerebralen Anfälle hereditär syphilitischen Ursprungs im Alter von 3 Jahren erschien, um erst im Alter von 18 Jahren mit dem Tode abzuschließen. In diesem Falle dauerte also die Erkrankung nicht weniger als 15 Jahre.

Hier haben Sie die summarische Erzählung dieses in seiner Art merkwürdigen und typischen Falles:

A von einer syphilitischen Mutter geboren, zeigte hereditärsyphilitische Erscheinungen im Alter von 2 Monaten (Syphiliden, anale Ulcerationen, Alopecie); mit 3 Jahren plötzliches Auftreten eines Strabismus mit Mydriasis. Vom 7. bis zum 9. Jahre bestanden Ophthalmien und cervicale Drüsenschwellungen; mit 9 Jahren Störungen des Intellectes. — Man ist geneigt, den Unterricht des Kindes auszusetzen. Diese Störungen bestehen fort und weiters ändert sich der Charakter. — Choreaartige Anfälle von kurzer Dauer; mit 15 Jahren einige Anfälle von Mania mit Delirien und Hallucinationen; dann später Zustände eines apathischen Blödsinnes, der Gang wird unsicher und wankend, die Zunge, Hände und Arme zittern; — absolute Stupidität. Wenn man den Kranken fragt, so antwortet er entweder gar nicht oder bringt einige unverständ-

[1]) Memoire cité (Brain, A Journal of neurology, avril 1883, p. 51).

liche Töne hervor. Er verbringt seine Tage sitzend oder irgendwo stehend, ohne etwas zu thun; gleichwo an welchem Orte lässt er Urin und Koth unter sich gehen etc. Endlich fortschreitender Verfall und Schwäche der unteren Gliedmassen; am Ende Convulsionen, die vorzüglich die rechte Seite der Körpers befallen, — Tod im Alter von 18 Jahren.

Die Autopsie zeigte folgende Störungen: allgemeine und gleichförmige Verdickung des Schädeldaches, an der Basis des Schädels eine 7 Linien lange, konische Exostose. Meningen adhärent, Verdickungen der Arachnoidea und ausserdem beträchtliche Ausdehnung der Ventrikel, vorzüglich des linken seitlichen Ventrikels, dessen vordere und untere Hörner 2 Höhlungen bilden, in die man leicht eine Nuss legen könnte.

Endlich als Consequenz dieser Dilatation, Abflachung der Gehirnganglien und wirkliche Atrophie des vorderen Endes der linken Hemisphäre.[1])

XLII.

Ich komme nun zur Hauptfrage, nämlich zur Differentialdiagnose. — Das ganze praktische Interesse des Gegenstandes, den wir besprechen, vereinigt sich darin: die Specificität der Krankheitserscheinungen zu ahnen und zu erkennen, um ihnen zur rechten Zeit die einzig richtige Behandlung entgegenzusetzen und die schrecklichen Folgen zu beschwören, das heisst in anderen Ausdrücken, die Syphilis unter der Maske der Gehirnerscheinungen, welche ihr als symptomatologische Ausdrücke dienen, zu diagnosticiren und aufzuspüren.

Es muss jedoch zugestanden werden, dass diese hereditäre Gehirnsyphilis sehr häufig nicht erkannt wird. Zur Probe könnte ich Ihnen viele Fälle anführen.

Und warum ist sie denn in der Praxis in dieser Weise nicht erkannt?

Darum, weil sie nosologisch nicht erkannt und nicht benannt ist. Wo kommt sie denn in unseren classischen Werken vor? Was gibt es thatsächlich für ein Buch der medicinischen Pathologie, wo Sie dieselben beschrieben finden?

Wenn Sie die Archive der Wissenschaft durchsuchen, so finden Sie wohl hie und da Beobachtungen, die auf diesen Gegenstand Bezug haben, aber diese so kostbaren und des Interesses so würdigen Beobachtungen sind nur aus speciellen Beobachtungen hervorgegangen, sie geriethen aber bald soweit in Vergessenheit, dass die cerebrale hereditäre Syphilis noch nicht das Recht erlangt hat, in der officiellen Wissenschaft citirt zu werden, so dass sie, man kann es sagen, beinahe allgemein unbekannt ist.

Aber noch mehr. Selbst diejenigen unserer Collegen, welche die hereditäre cerebrale Syphilis aus den wenigen bisher beschriebenen Fällen kennen, bezweifeln sie, glauben wenig daran, oder sagen wir besser, glauben gar nicht daran.

Was für eine Opposition habe ich jedesmal gefunden, wenn

[1]) Archiv für Psychiatrie 1868—69.

ich sie vertheidigen und auf ihre Rechnung diese oder jene Erscheinung schreiben musste, die wir bei jungen Personen, die von syphilitischen Eltern abstammten, beobachteten! Wievielmal hat man mich unter ähnlichen Umständen nicht angeklagt, „überall die Syphilis zu sehen,“ oder noch mehr, „die ganze Pathologie für die Syphilis annectiren zu wollen.“

„Ohne Zweifel,“ sagte man mir, „Ihre cerebrale hereditäre Syphilis hat nichts Unmögliches oder Unlogisches an sich, aber ist sie bewiesen? Erstens hat sie nichts Specielles, dann können eine Menge anderer Ursachen diesen Zufällen, die Sie der Syphilis zuschreiben, zum Ursprunge dienen.“

Kurz, man misstraute dieser hereditär-syphilitischen Encephalopathie wie einer Neuheit, wie einer rein hypothetischen Auffassung.

Nun, meine Herren, ich habe Ihnen gezeigt, dass diese Neuheit, diese Hypothese berechtigt ist und dass sie thatsächlich ein wissenschaftliches Factum von einer unläugbaren Authenticität ist. Geben Sie diesem Factum Zeit, bekannt zu werden, alt zu werden, und Sie werden sehen, dass die Fälle der hereditären Encephalopathien immer zahlreicher werden, denn sie sind unglücklicher Weise nicht selten. So werden diese Fälle dann erkannt und in einer raschen Weise diagnosticirt werden, denn die Diagnose bietet in der That keine besonderen Schwierigkeiten.

Wenn wir uns nun fragen, welche Irrthümer meist bei Beurtheilung dieser Fälle begangen wurden und welche wir für unsere eigene Rechnung zu fürchten haben, so kommen wir zu folgendem Schlusse: Die hereditäre cerebrale Syphilis wurde bald für eine tuberculöse Meningitis gehalten, bald für einen Gehirntumor, bald endlich für eine einfache Epilepsie.

Sprechen wir also von der tuberculösen Meningitis:

I. Dass man die cerebrale, hereditäre Syphilis für eine tuberculöse Meningitis hält, begreift sich natürlich. Zahlreiche Gründe machen ein Verkennen möglich und leicht. [1])

[1]) Wenn ich nicht Furcht hätte. diese Arbeit zu weit auszudehnen, so hätte ich hier mehrere Fälle meiner Praxis citirt, in welchen cerebrale Erscheinungen einer hereditären tardiven Syphilis mehrere Aerzte und mich zuerst täuschten.

Ich kann aber nicht der Versuchung widerstehen, einen dieser Fälle zu citiren. Ich entnehme ihn den Mittheilungen des Dr. Barthelemy.

Es ist dieser Fall ein schönes Beispiel einer hereditär-syphilitischen Meningitis, die für eine tuberculöse Meningitis gehalten wurde und die man durch Jodkali heilte.

Ein zartes Kind im Alter von $3^1/_2$ Jahren, bekommt plötzlich folgende Anfälle: Appetitlosigkeit, Verstopfung, Erbrechen, ausserordentliche Lichtscheu, Unruhe, Schlaflosigkeit, hernach zahlreiche eclamptische Anfälle; — intensive Kopfschmerzen, intellectuelle Störungen, hernach absoluter Verlust des Bewusstseins Contracturen, Opisthotonus. — Krampf in den Bulbi, die nach oben hinaufgedreht waren so dass man keine Cornea mehr sah; neue Convulsionen, hydroencephalische Schreie, eine eigenthümliche Lage, d. h. die kleine Kranke lag zusammengekauert und zusammengekrümmt, Coma etc. 4 Wochen nach dem Eintritt der Erkrankung war das Kind in einem trostlosen Zustande, so dass die behandelnden Aerzte officiell der Familie die Diagnose einer Meningitis tuberculosa ankündigten undie auf das Bevorstehen eines tödtlichen Endes vorbereiteten. Die Eltern jedoch wollten sich nicht begnügen und verlangten einen dritten Arzt, welcher dieselbe Diagnose machte und nur um sein Gewissen zu beruhigen, Jodkali verschrieb.

Die Anwendung dieses Heilmittels war das Signal einer plötzlichen Besserung der Situation. Alle Symptome wurden in einigen Tagen geändert, kurz, von dem Tage

Anfänglich nämlich ergreifen beide in Frage stehenden Krankheiten Individuen desselben Alters. Ferner und überhaupt haben sie eine grosse Anzahl gleicher Züge, nämlich als Prodrome: Veränderungen des Charakters und der Laune, Unwillen zur Arbeit, geistige Schwäche, Kopfschmerz. Als Symptome einer vorgerückten Periode: physische Schwäche, Aufregungen, Schlaflosigkeit, theilweise und allgemeine Convulsionen, locale Paralysen vorzüglich Paralysen der Augenmuskeln etc. und noch genauer Paralysen des III. Paares (Ptosis, Strabismus, Midryasis), Mono- und Hemiplegien.

Es kann also eine reelle Analogie, eine wirkliche Gleichheit der Erscheinungen vorhanden sein. Aber noch mehr. Es ist unter manchen Bedingungen die Differentialdiagnose der cerebralen Syphilis und der tuberculösen Meningitis nicht nur schwierig, sondern sogar unmöglich, welches Wort ich besonders zu beachten bitte. Erstens ist sie thatsächlich unmöglich in der Anfangsperiode, zweitens ist sie manchmal in einer vorgerückten Zeit nicht minder unmöglich dann, wenn der Arzt nur über eine kleine Anzahl von verdächtigen Symptomen verfügt, die geradeso der einen wie der anderen Krankheit zugeschrieben werden können.

Dafür habe ich Beweise in der letzten Zeit anlässlich eines Falles erhalten, obwohl ich von zwei ausgezeichneten Collegen, die alle beide Kinderärzte und vorzügliche Kliniker sind, unterstützt wurde.

an welchem das Jodkali verschrieben wurde, zeigte sich eine erstaunliche Besserung, durch die Rückkehr des Bewusstseins, durch Verschwinden der Contracturen und die Erleichterung der anderen Krankheitserscheinungen. 3 Wochen später war die Reconvalescenz vollständig. Es erfolgt bis auf weiteres eine vollkommene Genesung.

Hier haben Sie also eine der schwersten Gehirnaffectionen, welche von drei Aerzten für eine tuberculöse Meningitis gehalten wurde und welche gegen alle Erwartung durch die antisyphilitische Behandlung geheilt wurde.

Nun aber bewies sich die Specificität dieser Gehirnaffectionen nicht allein aus den glücklichen Resultaten der specifischen Behandlung, sondern sie hat auch ihren Beweis in den Ereignissen, welche folgten und in den Nachforschungen, welche zuletzt über die Eltern angestellt wurden.

Das Kind, das absolut hergestellt schien, wurde im Alter von 10 Jahren von einer schweren Ophthalmie, die das rechte Auge ergriff, befallen. Die Herren Dr. Barthelemy und Parinaud, welche man consultirte, erkannten den Typus der Affection, die man Keratitis von Hutchinson oder hereditär syphilitische Keratitis nannte. Infolge dessen dirigirten sie ihre diagnostischen Nachforschungen in diesem Sinne und bald wurde ihr Verdacht in Gewissheit verwandelt durch folgende Erhebungen: 1. Zurückbleiben der allgemeinen Entwicklung, Kleinheit des Körpers, Zartheit der Formen. Man würde diesem Kinde kaum 6 Jahre gegeben haben, obwohl es 10 Jahre alt war.

2. Zurückbleiben der functionellen Entwicklung. Das Kind hat erst mit 2 Jahren die ersten Worte gestammelt, es hat mit 27 oder 28 Monaten erst zu gehen angefangen.

3. Frühere Taubheit; das Kind ist auf einem Ohr während 2 Jahren taub gewesen, noch heute hat es einen gewissen Grad von Schwerhörigkeit auf diesem Ohre.

4. Missbildungen der Zähne in verschiedenen Formen, nämlich: Halbmondförmige Einschnitte an den oberen mittleren Schneidezähnen, Erosionen, Amorphismus verschiedener Zähne, welche den Charakter ihrer Eigenart verloren haben; Mikrodontismus; Unregelmässigkeit der Einpflanzung, sehr leichte Vulnerabilität des Zahnsystems, die sich durch zahlreiche vorzeitige Caries zeigte.

5. Neuerliche Entwicklung einer knötchenartigen Dermatose auf einer Wange, welche ebenfalls specifischer Natur zu sein scheint.

Endlich erklärte die Mutter — durch Fragen und durch die Thatsachen zum Geständnisse gezwungen, dass sie bis jetzt es geheim gehalten, dass sie vor ihrer Heirat eine syphilitische Affection sich zugezogen habe, die durch zahlreiche Symptome bewiesen war und die nur während einiger Monate behandelt worden war.

Nichts mangelt also dieser Beobachtung, die durch eine absolute Authenticität garantirt ist.

Während 10 Tagen war es uns unmöglich in diesem Falle trotz des genauesten Examens der Symptome zu einer präcisen Diagnose zu kommen und das zu bestimmen, was wir vor uns hatten.

Es handelt sich um ein kleines Mädchen von 4 Jahren, das von einem syphilitischen Vater und einer syphilitischen Mutter geboren war und das, ohne thatsächlich tuberculos zu sein, das Gesicht und den Habitus der Tuberculosen darstellte. Bis dahin im besten Wolhbefinden, erkrankte das Kind, sagte man uns, wenige Wochen vorher und zwar an einer unbestimmten, schwer erklärbaren, eigenthümlichen Krankheit. Es war entkräftet, abgespannt, und sehr in seinem Charakter und in seiner Laune verändert. Gewöhnlich lustig, munter, lachend wurde es mürrisch, gelangweilt, apathisch, traurig, reizbar. Es spielte nicht mehr mit seinen Puppen, welche es gewöhnlich Morgens und Abends an- und auskleidete, es wollte nicht auf sein und nicht liegen bleiben, es brachte ganze Tage halb schlummernd in den Armen seiner früheren Amme zu, es hatte den Appetit verloren und war sehr abgemagert. Die letzte Zeit hat es sich über Kopfschmerzen beklagt und schien sehr stark daran zu leiden; endlich nach einigen Tagen fing das Mädchen beständig zu schielen an und eines seiner Augenlider hatte sich leicht gesenkt. Gerade wegen dieser letzten Symptome hatte die Familie, gerechterweise erschreckt, eine Consultation verlangt, die mich und meine zwei Collegen vereinte.

Das Gesammtbild zeigte klar, dass eine cerebrale Affection vorlag. Aber um was handelte es sich? War es eine cerebrale Syphilis, welche auf die Scene trat, war es eine tuberculöse Meningitis, welche in dieser Weise anfing? Nach reiflicher Erwägung war es uns unmöglich, die Frage zu entscheiden. Während der folgenden 10 Tage erfolgte keine sichtbare Veränderung und während derselben Zeit lastete dieselbe Ungewissheit auf der Diagnose, bis endlich der Eintritt neuer Symptome uns die Lösung des Problems brachte. Es war unglücklicherweise eine tuberculöse Meningitis, um die es sich handelte, wie die letzte Entwicklung der Krankheit bewies.

Aber mit Ausnahme solcher besonderen Umstände, wie wir sie gerade genannt haben, kann die Differential-Diagnose zwischen cerebraler Syphilis und tuberculöser Meningitis gewöhnlich gemacht werden; sie beruht auf folgenden Erwägungen:

I. Bei der cerebralen Syphilis besteht eine beständige Abwesenheit des Fiebers mit Ausnahme von einigen wenigen Fällen, man könnte fast sagen, exceptionellen Fällen. Ganz im Gegentheile ist bei der Meningitis ein febriler Zustand, welcher mit einer anfänglichen Excitation beginnt und später die wohlbekannten, beinahe charakteristischen Schwankungen zeigt.

II. Verschiedenen Symptomen, welche gewöhnlich bei der tuberculösen Meningitis beobachtet werden, begegnet man bei der cerebralen Syphilis nicht. Erwähnen wir nur diese:

1. Die plötzliche Farbeveränderung des Gesichtes von der Röthe zur Blässe.

2. Die Einziehung der Bauchwand, die dem Bauche eine besondere Form, die unter dem Namen Kahnform bekannt ist, gibt.

3. Die Veränderungen des Pulses, der anfangs beschleunigt, dann verlangsamt, dann neuerdings beschleunigt ist; der irreguläre, intermittirende, ungleiche Charakter des Pulses.

Vorzüglich bei der tuberculösen Meningitis bemerkt man ein merkwürdiges Symptom, nämlich, dass Erhöhung der Temperatur bei einem normalen oder selbst verlangsamten Puls besteht.

III. Andere Symptome, welche in beiden Krankheiten vorkommen können, treten bei der tuberculösen Meningitis vielmehr hervor als in den Encephalopathien der Syphilis; nämlich hydroencephalische Schreie, (die ich für meinen Theil nie gehört habe), anfängliche starke Verstopfung, Erbrechen im Guss; — Delirium — Photophobie — Contracturen — Scharren mit den Zähnen und Schnappen mit den Kiefern, Opisthotonus.

So dass man in einer allgemeinen Weise das sagen kann: der Typus, die Physiognomie der Meningitis gehört viel mehr der Tuberculose der Meningen als der cerebralen Syphilis an. Ganz gewiss gibt es Fälle, wo letztere das Wesen und den Anblick einer Meningitis bietet; vorzüglich in den Anfangsstadien, aber es ist für sie nur eine zufällige und wenig häufige Form. Der Habitus der Kranken ist sehr verschieden bei dem einen und dem andern Theil. Es ist unnöthig, Ihnen hier das wohlbekannte Portrait der Kinder, die mit tuberculöser Meningitis behaftet sind, zu zeichnen, welche in ihren Betten zusammengekauert, manchmal in sich selbst zusammengekrümmt, den Kopf gegen die Mauer gekehrt oder unter den Decken verborgen liegen.

Wenn Sie versuchen, sie aus diesem somnolenten Torpor herauszubringen, öffnen sie die Augen erstaunt, betrachten Sie einen Augenblick mit einer unwilligen, man könnte beinahe sagen, feindseligen und gehässigen Miene, stossen die Hand des Beobachters zurück, versuchen sich einer Untersuchung zu entziehen und schlafen allsogleich wieder ein. Dieser Anblick, diese Lage, diese allgemeine Physiognomie des Kranken sind Symptome, welche man bei der cerebralen Syphilis nicht findet.

V. Fügen wir noch hinzu, dass die Tuberculose der Meningen sehr häufig von einer beträchtlichen Veränderung des allgemeinen Gesundheitszustandes begleitet ist. Von ihrem ersten Erscheinen an verändert sie schon manchmal die kleinen Kranken, indem sie sie abmagert und sie beinahe plötzlich herunterbringt. Das beobachtet man bei der cerebralen Syphilis nicht, wenigstens nicht in diesem Grade und dieser ausnehmend raschen Form.

Dank diesen verschiedenen Symptomen und den Erfahrungen über den früheren Gesundheitszustand und die Antecedentien der Familie kann man gewöhnlich die Diagnose in einer sicheren Form machen.

II. Oft noch hat man aber die hereditäre, cerebrale Syphilis mit Tumoren des Gehirns, vorzüglich mit den häufigsten dieser Tumoren, dem Tuberkel verwechselt. Dieser Irrthum ist in seiner Art natürlich und leicht zu begehen, zumal auch die Syphilis häufig Tumoren des Gehirns bildet und natürlich auch deren Symptomatologie annimmt.

Um nur von dem Hirntuberkeln zu sprechen, muss man zugestehen, dass er ein den specifischen Encephalopathien ganz aussergewöhnlich ähnliches klinisches Bild darbietet.

Man hat da dieselben Anfangssymptome, (Kopfschmerz, congestive Störungen, epileptische Anfälle, partielle Paralysen), man hat hier ebenfalls den apyretischen Zustand, den heimtückischen und langsamen Verlauf. — So kann man diese Erkrankung nur auf eine indirecte Weise unterscheiden durch Betrachtungen, die über den allgemeinen Zustand

des Kranken, über seine persönlichen Antecedentien und über seine erblichen Prädispositionen angestellt werden.

Die Untersuchung des Kranken wird uns zeigen, ob man es mit einem tuberculösen Individuum zu thun hat oder nicht, sei es mit einem thatsächlich tuberculösen, das schon einen vollständigen Tuberkelherd hat, oder mit einer Neigung zur Tuberculose, infolge eines thatsächlichen Lymphatismus oder einer geschwächten Constitution. Die Analyse der Antecedentien wird uns oder kann uns aufklären, ob wir es mit Syphilis oder Tuberculose zu thun haben.

III. Die cerebrale Form der Syphilis mit epileptischem Beginn gibt ebenfalls häufig Grund zur Verwechslung mit der Epilepsie, der eigentlichen neurotischen Epilepsie. Anfänglich, wenn sie durch eine kürzere oder längere Zeit nur Erscheinungen der einfachen Fallsucht zeigt, so erscheint sie sehr leicht, ich sage unglücklicherweise, als eine einfache und gewöhnliche Epilepsie, sowie ich Ihnen in einigen früheren Beispielen erklärte. Später, nachdem sie sich unter ihrem ausschliesslichen Typus zeigt, ist sie dem Verkennen unterworfen, weil die Symptome der Fallsucht eine gewisse Zeit hindurch der hauptsächliche und vorherrschende Ausdruck sind, welcher alles unterdrückt und alle übrigen begleitenden Symptome in den Schatten stellt. Auch in diesen Fällen könnte ich zahlreiche Irrthümer citiren.

Wie kann man sich nun vor solchen Irrthümern bewahren, die ausserordentlich schwer und bedauernswerth infolge der Consequenzen, welche sie nach sich ziehen sind?

Auf 2 Arten, wie folgt:

1. Indem man sich einprägt und sich mit der Idee, die leider unter uns noch wenig verbreitet ist, vertraut macht, dass die Syphilis bei vielen Gelegenheiten epileptischen Anfällen zum Ursprung dient, und dass man die Syphilis mit Aufmerksamkeit, mit Zähigkeit in allen den Fällen, wo es eine Diagnose mit solchen Symptomen aufzulösen gibt, sucht. Ich halte es für gewiss, dass eine Anzahl von Epilepsien unbekannter Herkunft der Syphilis zugetheilt werden können und ihr zugetheilt worden wären, wenn man sich mehr Mühe gegeben hätte, den Antecedentien der Kranken und ihrer Familie auf den Grund zu kommen. Ein Beispiel für diese Beobachtungen sind die von Althaus und Jackson, und viele andere, die ich erzählen könnte.

2. Indem man bei jedem besonderen Falle eine minutiöse und strenge Differentialdiagnose macht, in der alle folgenden Betrachtungen, die ich Ihnen schon bei der cerebralen Syphilis des Erwachsenen entwickelt habe, platzgreifen, die ich Ihnen aber nur summarisch aufzählen werde.

Die Epilepsie, welche von einer cerebralen Syphilis kommt, hat die Charaktere einer symptomatischen Epilepsie, d. h. dass sie sich sehr früh schon, ja manchmal gleich von Anfang an von anderen cerebralen Symptomen begleiten lässt, die den gemeinsamen Ursprung haben; das will also sagen, dass in einer ihrem Beginne mehr oder weniger nahen Epoche sie mit anderen Manifestationen derselben Reihe zusammenfällt, wie mit Kopfschmerz, congestiven Störungen — sensiblen Störungen, Störungen des Intellectes — Paresen und Paralysen, die alle Symptome sind, die nicht der wahren Epilepsie, der neurotischen Epilepsie, am allerwenigsten in ihrer ersten Anfangsperiode angehören.

Ebenso, um Ihnen ein Beispiel zu citiren, sind die ersten Krampfanfälle der hereditären, cerebralen Syphilis sehr häufig mit mehr oder weniger ausgesprochenen Störungen der intellectuellen, gemüthlichen und moralischen Fähigkeiten, wie ich Ihnen schon in dem vorhergehenden mitgetheilten Fall zeigte, vergesellschaftet.

Ebenso ist es nicht selten, dass eine theilweise oder allgemeine Hemiplegie, die vorübergehend oder dauernd sein kann, den Krampfanfällen der cerebralen Syphilis folgt und das noch in einer sehr frühen Zeit der Affection. Bei der gewöhnlichen Epilepsie beobachtet man derlei nicht. Also die vorzeitige Verbindung von cerebralen Symptomen einer oder der andern Art mit den epileptischen Symptomen bildet in der That einen formellen Protest gegen eine gewöhnliche Epilepsie zu Gunsten einer symptomatischen Epilepsie.

2. Ein zweites Zeichen von wirklichem Werth kann durch die grosse Anzahl der epileptischen Anfälle geliefert werden. Es gibt Fälle, in denen die cerebrale Syphilis selbst in einer sehr frühen Zeit sich durch ausserordentlich zahlreiche epileptische Anfälle äussert.

Ich sah in der Stadt in den letzten Tagen mit meinem Collegen und Freunde Professor Ball ein kleines Kind von 18 Monaten, welches ganz gewiss mit einer hereditärsyphilitischen Encephalopathie behaftet war, welches täglich 5, 10, 15, 20 und 30 epileptische Anfälle hatte. Eines Tages wurden von seiner Mutter sogar 35 gezählt.

Die gewöhnliche Epilepsie hingegen, zeigt besonders in ihrem Anfangsstadium, niemals eine so aussergewöhnlich grosse Anzahl von Anfällen.

III. Ausser diesen Anfällen nun ist ein gewöhnlicher Epileptiker und vorzüglich, wenn er erst kürzere Zeit epileptisch ist, ein Individuum, das sich wohlbefindet und von allen übrigen cerebralen Anfällen frei ist. Ganz im Gegentheile ist ein Individuum, das infolge der cerebralen Syphilis von epileptischen Anfällen erfasst ist, ein Kranker nicht allein im Verlaufe der Anfälle, sondern auch in den Intervallen. Er ist immer ein Kranker, der am Gehirn leidet, an welchem Sie beinahe immer verschiedene Symptome entdecken können, die unzweideutig die Gehirnkrankheit anzeigen. In der That kann die symptomatische Epilepsie einer cerebralen Syphilis gewiss für eine gewisse Zeit eine gewöhnliche Epilepsie vortäuschen durch Abwesenheit der Krankheitsstörungen in den Zeiten zwischen ihren Anfällen, aber sie unterscheidet sich von ihr, mit Ausnahme der vorhin citirten wenigen Fälle, dadurch, dass in den Intervallen ihrer Krisen verschiedene wichtige Störungen sich zeigen und eine beständige Krankheit darstellen, ohne von den zahlreichen Fällen zu sprechen, wo Störungen dieser Art sie begleiten oder ihrem ersten Auftreten vorhergehen.

IV. Endlich ist die partielle oder lateralisirte Epilepsie eine Modalität der Krampfanfälle, die man sehr häufig bei der cerebralen Syphilis bemerkt.

Bei dem kleinen Kranken, von dem ich Ihnen soeben sprach, war der grösste Theil der Anfälle von Krämpfen begleitet, die ausschliesslich die linke Hälfte des Körpers betrafen. Diese convulsive Form ist in der wirklichen oder gemeinen Epilepsie viel seltener.

Wenn nicht immer, so werden doch in einer grossen Anzahl von Fällen die obigen Betrachtungen genügen, die gewöhnliche sympto-

matische Epilepsie von einer cerebralen Epilepsie zu unterscheiden. Gewiss werden sie nicht die Diagnose ganz allein machen, aber sie werden einen Theil derselben und zwar einen fundamentalen Theil derselben bilden. Sie werden ganz gewiss nicht bestimmen, ob die fragliche Epilepsie syphilitischen Ursprungs ist oder nicht, aber sie werden zeigen, dass sie keine einfache, gewöhnliche Epilepsie ist und sein kann, sie werden consequenterweise den symptomatischen Charakter dieser Epilepsie beweisen. Denn, wenn man einmal erkannt und zugelassen hat, dass diese Epilepsie nur ein Symptom ist, so bleibt natürlich nichts anderes übrig, als die Ursache, das Warum dieses Symptoms zu suchen, und es wird sich dann bei der Ueberlegung natürlich die Syphilis als die mögliche Ursache einer solchen Erkrankung zeigen.

XLIII.

Die vorangegangene Studie der Diagnose ergibt als Hauptthatsache, dass die cerebrale Syphilis keine eigenen Symptome hat. Sie hat nichts Eigenthümliches, was ich nicht oft genug erwähnen kann. Alle die Erscheinungen, durch welche sie sich äussert, sind diejenigen, welche einer Anzahl von anderen gewöhnlichen Encephalopathien oder vielmehr allen Encephalopathien von was immer für einer Natur, zum Ausdruck dienen.

Und wie könnte es anders sein? — Das Gehirn ist, wie ich Ihnen schon gelegentlich der cerebralen Syphilis der Erwachsenen sagte, nichts anderes als ein Instrument, eine Maschine, welche, durch irgend eine Ursache in ihrem Räderwerk verletzt, diese Störung durch ein und dieselbe Ordnung von Erscheinungen anzeigt, nämlich durch eine Unordnung oder ein Aufhalten der Functionen, die ihr zugehören.

Es ist beim Gehirn wie bei einer Uhr, nach dem geistreichen Vergleich eines englischen Autors, des Dr. Th. Buzzard:

„Die Räder einer Uhr können geradeso durch ein Haar wie durch ein Sandkorn aufgehalten werden, und die Störung, die davon herkommt, bleibt immer dieselbe, mag nun die Ursache, welche sie hervorbringt, das Sandkorn oder das Haar sein.“

Es ist ganz dasselbe mit dem Gehirn. Ob nun ein syphilitisches Gumma oder ein Krebs oder eine Tuberculose dasjenige ist, was ein Gefäss comprimirt oder ein cerebrales Centrum zerstört, die Störungen sind immer dieselben, welche Laesion auch immer vorliegt.

Es sind nur immer functionelle Störungen, welche eine Gehirnerkrankung anzeigen, und da das Gehirn keine Functionen hat, die je nach dieser oder jener Krankheit, die es befällt, auf verschiedene Art gestört werden können, so folgt daraus, dass es im Ganzen immer dieselben Leiden zeigt, was immer auch die Ursache der Krankheit ist, die es befallen hat.

Diese banale Wahrheit, welche jeder im Princip zugibt, wird doch jeden Augenblick in der Praxis verkannt. Ich für meinen Theil allein könnte zahlreiche Beispiele anführen.

Wenn in einem besonderen Falle die Frage aufgestellt ist, verschiedene Gehirnstörungen der Syphilis zuzuschreiben, so werden Sie niemals einen Widersacher vermissen, der zu Ihnen sagt:

„Ja, mit welchem Rechts kann man hier die Syphilis als Ursache

anführen? Was haben diese Störungen Specielles? Durch was beweisen sie, dass wir es hier mit Syphilis zu thun haben?“

Das wäre so, als ob die cerebrale Syphilis entgegen dem, was die Theorie und die Praxis lehrt, nur diagnosticirt werden könnte, nur diagnosticirt werden müsste, nach den Symptomen, die ihr allein eigenthümlich wären.

Wiederholen wir also noch einmal, weil es sein muss und weil diese Wahrheit so schwer zu verbreiten ist, dass die cerebrale Syphilis, mag sie nun hereditär oder acquirirt sein, da liegt wenig daran, eigene Symptome nicht hat und nicht haben wird, dass wir uns begnügen müssen, sie nach allgemeinen, absolut gewöhnlichen Symptomen zu diagnosticiren, und dass, wenn man sich darauf steift, von ihr eine specielle Eigenschaft fordern zu wollen, das eine Erwartung ist, welche sich nicht erfüllen kann und niemals erfüllen wird.

XLIV.

Wenn nun also die hereditäre Gehirnsyphilis nichts Specifisches vom klinischen Standpunkte aus hat, wie kann sie nun erkannt oder geahnt werden?

Eine einzige Betrachtung, eine einzige, bitte es wohl zu bemerken, meine Herren, wird hier als diagnostisches Element dienen: das ist das Erkennen der specifisch hereditären Antecedentien.

Man kann niemals die cerebrale hereditäre Syphilis, wie auch die acquirirte diagnosticiren, ohne die specifischen Antecedentien zu kennen. Man kommt niemals zu einer Diagnose, ohne in folgender Weise sich zu berathen.

Hier ist ein Kranker, der sicher von einer cerebralen Laesion befallen ist; dieser Kranke hat aber Syphilis, also ist es möglich, dass diese cerebrale Laesion syphilitischer Natur ist.

Ohne Zweifel bietet eine so gestellte Diagnose, die nur auf einer möglichen Beziehung zwischem dem Affect und der Ursache beruht, nicht die Garantien einer Diagnose, die auf einem ausgeprägten Symptom, auf einem formellen Zeichen beruhen.

Mehr verlangen, wie es gewisse Collegen thun, um uns zu bestimmen, eine cerebrale Syphilis zu diagnosticiren und ihr die Behandlung, die sie verlangt, angedeihen zu lassen, würde heissen, uns oder vielmehr unsere Kranken dazu verdammen, die Krankheit niemals zu diagnosticiren und sie niemals zu behandeln, — eine negative Praxis, von der Sie das Resultat kennen.

Die Diagnose beruht also auf der Kenntniss der Antecedentien. Ist der Kranke in der Gewalt der Syphilis oder nicht? Das ist die Frage, die zu lösen ist, die Frage, die absolut aufgelöst werden muss und deren Lösung die Basis der Diagnose selbst ist.

Wie können wir aber nun diese Frage beantworten? — Das wissen Sie. Es ist die genaue Nachforschung, welche uns Licht geben wird, und damit dieselbe genügend ist, damit sie demonstrativ ist, muss diese Untersuchung so vollständig als möglich sein, d. h. sie muss sich nicht allein auf den Kranken, sondern auch auf seine Ascendenten und die anderen Kinder der Familie erstrecken. Unnütz wäre es, neuerdings bei diesem Punkte längere Zeit zu verweilen, es würde Wiederholungen bringen, die ich vermeiden will.

Noch ein letztes Wort. Die bezüglich dieses Umstandes angestrebte Untersuchung wird drei mögliche Resultate zu Tage bringen:

1. entweder zeigt sie die Syphilis in einer sicheren, authentischen Art in den Krankheitserscheinungen, oder aber auch
2. die Syphilis ist möglich, durch einige Umstände beinahe wahrscheinlich, aber im Ganzen nicht bewiesen; und
3. endlich, sie bleibt negativ, indem sie nichts finden kann, was eine Spur der Syphilis bieten würde.

Welche werden nun die Schritte des Arztes bei diesen drei Alternativen sein müssen?

Für die erste: wenn die Indication fest und klar ist, so wird ohne Zaudern und Zögern die specifische Behandlung einzuleiten sein.

Auch für die Zweite wird eine Verlegenheit nicht existiren. Wenn die Syphilis möglich ist, ohne gewiss zu sein, so ist ganz klar, dass die specifische Behandlung ins Werk gesetzt werden muss. Den Kranken dieser günstigen Gelegenheit der Genesung nicht theilhaftig werden zu lassen, wäre ein schwerer Fehler und ein Bruch mit den elementaren Principien unserer Kunst.

Es bleibt nun der dritte Fall. Hier ist die Nachforschung negativ geblieben. Was ist zu thun? — Wenn die Untersuchung vollständig gründlich war, wenn sie bewiesen hat, dass die Syphilis mit aller Sicherheit nicht als Ursache angesehen werden kann, wäre es ein nonsens, dennoch und ohne Motiv die antisyphilitische Behandlung zu verordnen. Das versteht sich ja von selbst.

Wenn aber die Untersuchung negativ geblieben ist aus Mangel an Beweismateriale, wenn sie nicht vollständig geführt werden konnte, so wird das Problem ein ganz anderes.

Nun ist es eine sehr gewöhnliche Thatsache, dass sich die Dinge in dieser Weise darstellen, und zwar aus einer Anzahl von Gründen, welche folgende sind; nämlich:

Man hat nicht genaue Auskunft über die vorausgegangenen Krankheitserscheinungen des Kindes erhalten können, oder es sind die Eltern abwesend oder todt, oder man hat es mit einem alleinstehenden Kinde zu thun u. s. w. Hier im Spital z. B. steht man vor dieser Situation bei 7 oder 8 Fällen von 10. Wozu wird man sich nun in einem solchen Falle entschliessen?

Eine Anzahl von Aerzten zaudert oder widerstrebt in einem solchen Falle, zur specifischen Behandlung die Zuflucht zu nehmen, weil n i c h t s, aus den hereditären Antecedentien, die Syphilis bewiesen habe. Sie sagen, „es wäre das eine Praxis der Abenteuerlichkeit, es wäre ein Verschreiben der Heilmittel auf den Zufall hin u. s. w.“

Ich für meinen Theil theile diese Ansicht nicht; sei es, dass ich mehr als andere an diese empirische Behandlung, an diese Probebehandlung, die sozusagen in unserem specifischen Dienste an der Tagesordnung ist, wo so und so viele Fälle nur durch sie entschieden werden können, gewohnt bin, sei es, dass ich Vertrauen in diese Art der Behandlung bekommen habe durch den Erfolg, den sie mir oft geboten hat. In jedem Falle, gestehe ich zu, bin ich weit entfernt davon, ihr zu widerstreben, und ich erhebe sie aus freien Stücken zum Princip.

Im Ganzen scheint es mir, dass die Fälle, in welchen die Untersuchung aus Mangel an Documenten negativ bleibt, doch vom praktischen

Gesichtspunkte aus denjenigen zugeschrieben werden können, in denen die Syphilis möglich ist, ohne dass sie bewiesen ist, und consequenter Weise muss man ihr ja dann auch die passende Behandlungsweise angedeihen lassen.

Wenn also der Ausschluss der Syphilis als mögliche Ursache der Gehirnerkrankungen nicht aus den durch die Untersuchung gelieferten Thatsachen positiv erhellt, so glaube ich, dass man autorisirt ist, die specifische Behandlung ins Werk zu setzen, ich glaube selbst, dass man die Verpflichtung hat, sie aus empirischen Gründen auszuführen, und das aus folgenden Gründen:

1. Weil vor Allem die Schwere der Zufälle, der beinahe verzweifelte Zustand der Kranken, die offenbare Ohnmacht der gewöhnlichen Medication uns die Pflicht auflegen, ich sage nicht, „alles zu wagen“, aber wenigstens nichts zu unterlassen, was eine günstige Chance geben kann.

2. Weil die specifische Behandlung nichts anderes ausschliesst, d. h. weil sie die gleichzeitige Anwendung anderer Medicamente, die man für vortheilhaft hält, gestattet. Die mercuriellen Einreibungen z. B. können bei was immer für einem anderen therapeutischen Agens angewendet werden.

3. Weil die antisyphilitische Behandlung, selbst wenn ihre Anwendung keine zeitgemässe wäre, keine Gefahr in sich birgt, wenn sie mit Methode und Klugheit angewendet wird.

4. Endlich, weil man immer in der Praxis die hereditäre Syphilis in Rechnung stellen muss. Wie Sie hinlänglich aus demjenigen, was Sie beinahe täglich hier sehen, wissen, ist die Syphilis häufig verkannt und ungekannt, selbst wenn sie von einer acquirirten Ansteckung herkommt, selbst wenn sie sich classisch, deutlich und offenbar vor unseren Augen entwickelt. — Um wie viel mehr ist sie nicht der Gefahr ausgesetzt, unbemerkt zu bleiben, wenn sie von einer hereditären Ansteckung abstammt, wenn sie sich dann durch weniger sichere, an Charakter unentschiedenere Symptome zeigt, dann, wenn sie nicht von der ersten Kindheit an bemerkt worden ist. — Vergessen Sie bei allem dem nicht, dass eine specifische Encephalopathie auch den ersten Anfall einer hereditären Syphilis bilden kann.

XLV.

Affectionen des Rückenmarkes.

So zahlreiche und präcise Erfahrungen über die Gehirnsyphilis in Folge hereditärer Syphilis vorliegen, so selten und unbestimmt sind die Mittheilungen über die Rückenmarkerkrankungen der hereditären Lues.

Daher wird auch das Capitel, das wir jetzt beginnen, wie ich Ihnen im Voraus erwähnen will, weniger ein didaktisches Exposé der medularen Erkrankungen, welche aus der hereditären Syphilis resultiren, werden, sondern es wird vielmehr einen einfachen Entwurf, eine Gesammtheit von provisorischen Bemerkungen über diesen Gegenstand bilden; mit anderen Worten, wir werden hier nur einen Rahmen bilden, den die Zukunft ausfüllen wird.

Das Sicherste in dieser ausserordentlich schwierigen und complicirten Frage ist, dass die tardive hereditäre Syphilis manchmal durch paralytische Symptome auf eine Erkrankung des Rückenmarkes deutet.

Diese Symptome können die Folge der Erkrankung der Rückenmarkshäute oder das Resultat von tiefen Laesionen (medularen oder perimedularen) sein.

Als Beispiel des ersten Falles werde ich Ihnen die Geschichte eines jungen hereditär-syphilitischen Kindes erzählen, welches, gegen sieben Jahre alt, von einer Parese der unteren Gliedmassen mit der Schwierigkeit, ja Unmöglichkeit, zu gehen, befallen wurde.

Ich fand die Ursache dieses Symptoms in der massiven Anschwellung mehrerer Wirbel der Rückengegend, die eine Art Höcker bildeten. Was die specifische Natur dieser Knochenerkrankung betraf, so stammte sie sowohl nach den Antecedentien der Familie, als auch nach den persönlichen Antecedentien des Kindes und verschiedenen anderen Erscheinungen (Periostitis tibialis, subcutane Gummen) offenbar von der Syphilis her. Die Jodbehandlung brachte eine rapide Verminderung des Wirbeltumors mit gleichzeitiger Verbesserung der paraplegischen Phänomene hervor. Unglücklicherweise musste der kleine Kranke Paris zu früh verlassen und die weitere Beobachtung ist mir entgangen.

Professor Laschkewitz aus Charkow hat einen ähnlichen Fall berichtet, der ein hereditär-syphilitisches Mädchen von 13 Jahren betraf, bei der eine Hyperostose des zweiten Halswirbels Symptome der Compression des Markes hervorbrachte (nämlich Paralyse aller vier Gliedmassen, Verminderung der Sensibilität, Verminderung der elektrischen Contractilität). Einer specifischen Behandlung unterworfen, war die Kranke in einem Zeitraume von zwei Monaten geheilt. [1])

Eine interessante Beobachtung von Bartels bezieht sich auf eine hereditär-syphilitische Frau, welche, nachdem sie zahlreiche Zufälle unleugbar specifischer Art dargeboten hatte, von einer Paraplegie aller vier Extremitäten befallen wurde. Nachdem sie durch eine specifische Behandlung geheilt war, wurde sie einige Zeit darnach von denselben Zufällen wieder erfasst, aber diesmal mit einer Paralyse der Sphyncteren, und mit Brandschorfen (decubitus), die am os sacrum und auf den Schulterblättern sich befanden.

Dieselbe Behandlung hatte bei dieser Recidive noch einmal einen Erfolg. Nachdem andere Erkrankungen die Patientin das folgende Jahr dahingerafft hatten, fand man bei der Autopsie als Grund dieser paraplegischen Phänomene ein Residuum eines gummösen Tumors, der zwischen den zwei oberen Wirbeln so gelegen war, dass er das Rückenmark comprimirte. Die linke Hälfte des verlängerten Markes zeigte noch die transversale Abplattung, die sie erfahren hatte. [2])

[1]) Archiv für Dermatologie und Syphilis 1878.

[2]) Hier ist das sehr abgekürzte Resumé des interessanten Falles, dessen vollständige Beschreibung man in dem Buche von Bartels findet.

Eine Frau von 22 Jahren, hereditär-syphilitisch, ist seit mehreren Jahren von serpiginösen Syphiliden des Halses und des Gesichtes befallen. Vom Jahre 1862—1872 sind sehr häufige Recidiven dieser Syphiliden unter derselben Form aufgetreten. Ausserdem sind zahlreiche andere syphilitische Zufälle, nämlich eine Thränenfistel, Knochenerkrankungen der Nase, Ausfluss aus der Nase, Dactylitiden, Gummen etc. Im Jahre 1870 Eintritt der paraplegischen Phänomene; — es bildet sich nach uud nach eine Paralyse, welche anfangs die unteren Extremitäten, hernach die oberen Extremitäten befällt, so dass die Kranke genöthigt war, ohne irgend eine Bewegung zu liegen, und man ihr lange Zeit ihre Nahrung eingeben musste, weil sie nicht fähig war, dieselbe selbst zu nehmen. — Specifische Behandlung, — vollständige Heilung im März 1871.

Ich könnte Ihnen noch einige analoge Observationen, zwei vorzüglich, welche von Zambaco und H. Jakson sind, erwähnen, aber ich ziehe vor, Ihnen einen Fall, den Sie einige Monate vorher selbst gesehen haben, ins Gedächtnis zurückzurufen.

Sie haben ohne Zweifel diese zwei hereditär-syphilitischen Kinder, welche das vorige Jahr und die ersten Monate dieses Jahres regelmässig durch ihre Mutter zu jeder unserer Mittwochconsultationen hiehergeführt wurden, nicht vergessen. Sie stammten von einem syphilitischen Vater ab, den Sie ebenfalls gesehen haben, und von einer gesunden Mutter, bei der wir wenigstens niemals etwas Verdächtiges bemerkten. Beide Kinder haben in ihrem jugendlichen Alter verschiedene hereditär-syphilitische Erscheinungen dargeboten. Das Jüngste, welches uns für diesen Augenblick interessirt, war in seinen ersten Lebenswochen mit Syphiliden bedeckt. Später war es Ohrenflüssen und chronischen Ausflüssen aus der Nase unterworfen. Es hat sehr spät zu sprechen angefangen, hatte häufig Convulsionen, über deren Natur wir uns niemals durch eigenen Anblick überzeugen konnten, aber welche nach der Erzählung der Mutter ganz gewiss in die epileptische Reihe gehören; seine Stirn ist durch zwei seitliche Buckeln deformirt etc.

Dieses Kind nun hat im Alter von $3^1/_2$ Jahren angefangen, ohne Schmerzen und ohne irgend ein erkennbares Symptom auf den Beinen schwach zu werden; bald ist es nur langsam und mit grosser Schwierigkeit gegangen. Bald darauf ist es gar nicht mehr gegangen und als man es uns vor einigen Monaten zugeführt oder vielmehr zugetragen hat, waren seine Beine unfähig, es aufrecht zu erhalten, kaum fähig, noch einige begrenzte Bewegungen zu machen, kurz, es war von einer Paraplegie erfasst, einer Paraplegie, welche nur die Motilität betraf, aber sowohl die Sensibilität als auch die Functionen der Sphincteren intact liess. Ich sagte Ihnen damals, dass diese Paraplegie ihren Ursprung wahrscheinlich in einer specifischen Affection des Rückenmarkes oder seiner Hüllen hat. Die Zeit hat mir später Recht gegeben; denn nach kurzem Verlauf hat die antisyphilitische Behandlung diese Paraplegie zum Heilen gebracht.

Obwohl diese Thatsachen noch wenig zahlreich sind, so haben sie doch eine unläugbare Bedeutung. Sie stellen auf eine authentische

Einige Zeit darauf Recidive der paralytischen Symptome, welche anfangs den linken Arm, dann das linke Bein, dann den rechten Arm und endlich das rechte Bein befallen. Die Sensibilität bleibt in den paralysirten Gliedmassen intact. — Paralyse der Sphincteren, der Blase und des Anus; — Brandschorfe am Os sacrum und auf den Schulterblättern; — leichte Albuminurie. — Behandlung: mercurielle Einreibungen und Jodkali; langsame Besserung, vollständige Heilung im Jahre 1872.

Einige Monate später Recidive der specifischen Erscheinungen (Syphiliden, Gummen); — ausserdem Verschlechterung des Allgemeinzustandes; — grosse Schwäche und Abmagerung; — Hämopthyse, Husten, Diarrhoe; — Wiedererscheinen des Albumens im Harn, Oedem der Maleolen, später Anasarca, Abzehrung, Marasmus und Tod.

Unabhängig von zahlreichen Erkrankungen, welche ich mit Stillschweigen übergehe, zeigte die Autopsie in Bezug auf das Rückenmark Folgendes:

Vorne an der Articulation des Atlas mit der Gehirnbasis zwischen Atlas und Rückenmark bestand ein Tumor, welcher beim Durchschnitt als ein erweichter, käsiger Herd erkannt wurde (Gumma). Die linke Hälfte des verlängerten Markes war abgeplattet und verbreitert; offenbar, fügt der Autor hinzu, waren die paralytischen Erscheinungen durch ein Gumma hervorgebracht, welches, vorne ober dem Wirbel gelegen, das Mark comprimirte. Sie verschwanden, nachdem ein Theil des Gumma resorbirt war und dasselbe an Volum verloren hatte.

Weise fest, dass gewisse Paraplegien der Kinder und selbst der Erwachsenen einen hereditär-syphilitischen Einfluss als ihre Ursache haben können.

Es ist also unnöthig, die praktischen Schlüsse und die Wichtigkeit über eine Mittheilung dieser Art noch ausdrücklich zu betonen.

XLVI.

Die hereditär-syphilitische Tabes.

Eine zweite Frage bietet sich unserer Untersuchung dar. Kann die Tabes ebenso wie die Paraplegie eine Consequenz der hereditär-syphilitischen Infection sein?

A priori werde ich antworten: Warum nicht? Wenn es sicher ist und das ist heutzutage nicht mehr zu bestreiten, dass die acquirirte Syphilis wenn auch nicht die exclusive, so doch die Hauptursache der Tabes ist, so frage ich mich, wie sollte es aussergewöhnlich oder unmöglich sein, dass die hereditäre Syphilis sie nicht ebenfalls verursacht? Und in der That, wir schreiten immer mehr in unserem Studium vor, wir sammeln immer mehr Zeugnisse zu Gunsten jener in Zukunft unbestrittenen Thatsache, dass nämlich die hereditäre Syphilis im Stande ist, auf verschiedene Art und Weise den grössten Theil der Krankheitserscheinungen, welche der acquirirten Syphilis zugehören, hervorzubringen.

Aber die klinischen Fragen werden nicht nach diesem a priori, sie werden nach Beobachtungen beurtheilt; sehen wir daher, was uns die Klinik in dieser Hinsicht lehrt. Um ohne viel Zaudern es zu sagen, so bin ich mir nicht bewusst, dass heutzutage in der Wissenschaft eine einzige Beobachtung existirt, (ich verstehe darunter eine vollständige und unbestrittene Beobachtung) die sich auf einen Fall von Tabes hereditär-syphilitischen Ursprungs bezöge; mit andern Worten, wir besitzen noch nicht einen einzigen vollkommen authentischen Fall einer Tabes, der sich auf einem unzweifelhaft hereditär-syphilitischen Individuum entwickelt hat, einer Tabes, die sicher und in ernstester Weise der hereditären Syphilis zugeschrieben werden könnte.

Dennoch scheint es mir wenig zweifelhaft, dass die hereditäre Syphilis geradeso wie die acquirirte der Tabes zum Ursprung dienen kann. Das ist wenigstens für mich die Ueberzeugung, zu welcher mich, obwohl nicht ganz vollständig, wie Sie sehen werden, die drei folgenden Fälle geführt haben, die sich meiner Beobachtung in den letzten Jahren dargeboten haben.

Der eine bezieht sich auf einen Patienten unserer Klinik, den Sie gut kennen, von dem ich Ihnen in einer der letzten Vorlesungen lange sprach und welcher sofort sich in Ihrer Erinnerung wieder auffrischen wird durch die merkwürdige Eigenthümlichkeit einer Spontanfractur, die er ganz im Anfang der präataktischen Periode erlitten hat und welche vielleicht in ihrer Art die erste Erscheinung der Tabes bildete. Sie wissen, dass wir auf die sorgfältigste Weise bei diesem Kranken die Ursache der Tabes zu erforschen suchten. Wir haben anfänglich nichts gefunden, auch nicht die Syphilis, die sich ja sonst so häufig in den Antecedentien der Tabetiker vorfindet. Aber ein noch aufmerksameres

Examen hat uns dahingeführt, mehrere Zeichen zu entdecken, welche gewöhnlich eine specifisch hereditäre Infection verrathen, nämlich:

1. Ein Fleck an der Cornea,

2. vorhergegangene chronische Ophtalmieen, an denen der Kranke während seiner ganzen Kindheit litt,

3. Missbildungen der Zähne unter der Form von sehr ausgesprochenen Transversalfurchen, Erosionen und atrophische Laesionen, die die Spitzen mehrerer Zähne befallen hatten. Sicher erlauben uns diese verschiedenen Zeichen, diese einzigen auch, die sich bei unserem Kranken entdecken liessen, nicht, bei ihm eine hereditär-syphilitische Infection zu behaupten, aber sie autorisiren uns, sie wenigstens zu vermuthen.

Ein zweiter Fall, welchen ich gesehen habe, betrifft eine Frau von 30 Jahren, die zur Zeit, wo ich sie das erstemal sah, schon vollkommen ataktisch war. Bei dieser Frau ist die Tabes im Alter von 20 Jahren aufgetreten, was eine merkwürdige Thatsache ist. Diese Frau war ausserdem frei von jeder persönlichen syphilitischen Ansteckung. Aber sie gab eine ganze Reihe von Aufklärungen, die wenig Zweifel über eine specifisch hereditäre Infection liessen. Ihr Vater, sagte sie uns, starb an den Folgen einer Syphilis, die er sich während seines Junggesellenlebens zugezogen hatte; ihre Mutter machte häufig Fehlgeburten, welche mehrere Aerzte auf die Krankheit ihres Mannes bezogen haben; sie selbst war im Alter von 3 bis 4 Jahren von einem schweren, chronischen Augenleiden befallen, das 15 bis 18 Monate gedauert hatte und einen weissen Fleck auf ihrer Cornea zurückliess.

Der dritte Fall, über den ich verfüge, bezieht sich auf einen jungen Mann, bei dem sich, wie bei der vorigen Kranken, die Tabes in einer ausserordentlich frühen Zeit zeigte.

Mit 18 Jahren war er schon ataktisch, ohne von den Prodromen zu sprechen, über die er sich nicht genauer aussprach, die aber doch den eigentlichen Anfang der Tabes bis an den Beginn des Jünglingsalters zurückverlegen liessen. Dieser junge Mann nun war frei von jeder syphilitischen Contagion und hatte niemals einen Geschlechtsverkehr gehabt. Als wir bei ihm die Ursache, das Warum der Tabes suchten, entdeckte ich drei Merkmale, welche über die hereditäre Infection wenig Zweifel liessen.

1. Zahlreiche Narben an dem rückwärtigen Theil der Oberschenkel, von der Art derjenigen, welche Parrot so genau studirt und beschrieben hat. Mein College, dem ich den Kranken zeigte, erklärte mir, dass er diese Narben für absolut typisch und beweisend halte.

2. Mehrere Erkrankungen der Zähne unter der Form von Furchen oder von Atrophien der Schneidezähne; im übrigen einen Augenzahn, der absolut formlos war, so dass er mehr einem gelblichen Kieselstein als einem Zahn glich.

3. Eine atrophische Sclerosirung der zwei Hoden, welche nur das Volumen von zwei kleinen Oliven hatten und von einer holzartigen Härte waren. Bei der Abwesenheit jegliches Antecedens und einer passenden Auskunft, um sich eine solche Degeneration zu erklären, war es zum mindesten rationell, an jene infantilen Orchiditiden zu denken, welche ein berühmter Arzt, nämlich Doctor Hutinell als syphilitischen Ursprungs erklärt hat, und welche häufiger sind, als man gewöhnlich meint

Hier sind also drei Fälle, in welchen Kranke, die an Tabes litten, verschiedene kaum zweifelhafte Zeichen von hereditärer Syphilis darboten.

Unglücklicherweise war es mir in keinem dieser Fälle möglich, das zu constatiren, was man in der Rechtspflege den Wahrheitsbeweis nennt, nämlich bis auf die Ascendenten zurückzugehen und bei ihnen, sei es durch den Augenschein, sei es durch directes Ausfragen, die Existenz der Syphilis zu beweisen; derart, dass diesen drei Fällen das mangelt, was sie unbestritten macht, nämlich der Beweis der Syphilis bei den Eltern meiner Kranken. [1])

Ich bin weit entfernt, den vorhergehenden Thatsachen eine Bedeutung und einen Wert beizulegen, den sie nicht besitzen. Ich kann auch Ihnen gegenüber nicht behaupten, dass durch dieselben das Problem seine Lösung erhalten hat und dass von nun an die Existenz einer hereditär-syphilitischen Tabes bewiesen ist. Aber ich werde Ihnen das sagen, was mit der Wirklichkeit der Thatsachen übereinstimmt, nämlich, dass man in vielen Fällen bei tabetischen Personen Zeichen gefunden oder Angaben erhalten hat, welche keinen Zweifel über eine specifisch-hereditäre Infection liessen, und dass diesen verschiedenen Fällen nur das Kriterium der Untersuchung der Eltern gefehlt hatte, damit sie vollständig und demonstrativ wären; dass infolge dessen sichere Muthmassungen existiren, um zu behaupten, dass die Tabes ihren Ursprung ebenso gut in der hereditären Syphilis haben kann, wie in einer acquirirten.

Ich wiederhole Ihnen, dass diese Frage sicher noch nicht gelöst ist und vielleicht nicht sobald gelöst sein wird; aber gegenwärtig ist sie sehr wichtig und drängt sich uns auf.

Bis heutzutage hat man sich, soviel ich weiss, beim Nachforschen über die Antecedentien der Tabes, noch gar nicht mit der hereditären Syphilis beschäftigt. Es ist also dies ein neues Element, das man jetzt im Auge behalten muss. Man muss bei jeder vollständigen Untersuchung über die Aetiologie der Tabes die hereditären Antecedentien der Kranken vom Gesichtspunkte der Syphilis aus untersuchen, sowie heutzutage jedermann von uns vom selben Gesichtspunkte aus über die persönlichen Antecedentien der Kranken es thut. Und dies muss mit

[1]) Diesen 3 Fällen kann ich thatsächlich einen vierten beifügen, den ich kürzlich im Hospitale St. Louis beobachtete. Es handelte sich in diesem Falle um einen 36-jährigen Mann, der sehr schwer ataktisch war und bei welchem keine Ursache dieser Ataxie zu finden war, wenn es nicht diejenige vielleicht ist, von der wir jetzt sprechen. Dieser Mann hatte — allerdings ein seltener Fall bei einem Tabetiker — sich thatsächlich keine Syphilis zugezogen, aber eine hereditär-syphilitische Infection ist bei ihm mehr als wahrscheinlich durch verschiedene derartige Erscheinungen und Mittheilungen, welche sich in den früheren Beobachtungen vorfinden. Er bestätigt in der That und er antwortet absolut kategorisch über diesen Punkt, dass sein Vater mit Syphilis afficirt war und an derselben im Jahre 1840, das ist ein Jahr vor der Geburt unseres Kranken, im Spitale „du Midi“ behandelt wurde. Er wisse dies aus sicherer Quelle, sagte er, und man hat oft in der Familie erzählt, dass er ein schlechtes Blut habe. Unglücklicherweise ist der Vater unseres Kranken todt, und es war uns unmöglich, in diesem wie in den vorhergehenden Fällen durch ein Examen den directen Beweis dieser Behauptung zu liefern.

Dieser Fall bleibt also auf dieselbe Weise, wie die drei vorhergehenden in diesem Punkte mangelhaft. Er wird nächstens mit allen Details und mit sicheren Belegen über diese Mittheilungen von Dr. Bruchet, publicirt werden.

allem Ernste geschehen, denn einerseits ist es absolut rationell und theoretisch richtig, dass die Tabes von einer hereditären Syphilis herkommen kann, weil sie häufig und oft von der acquirirten herstammt, und andererseits hat diese rationelle Angabe schon eine Ergänzung in den Thatsachen, welche ich Ihnen soeben erzählt habe, gefunden. [1])

XLVII.

Sclerose en Plaques.

Es ist lange Zeit her, dass ich für meinen Theil theoretisch die Sclerose en Plaques als eine Affection betrachte, in der die Syphilis sicher eines Tages eine ätiologische Rolle spielen wird. Aber in Wahrheit ist dieser Gedanke für mich bis auf den heutigen Tag, ich bitte mir den Ausdruck zu verzeihen, ganz platonisch geblieben, denn ich habe noch keine Beobachtung gemacht, um dies klinisch oder anatomisch zu rechtfertigen.

Man muss zugestehen, dass eine Anzahl von Vermuthungen be-

[1]) Ich habe diese Vorlesung in ihrem Sinne so gelassen, wie ich sie vor zwei Jahren gehalten habe. Wenn ich sie heute wieder zu halten hätte, so würde ich sicher über die pathogenetische Connexion, welche die Tabes mit der hereditären Syphilis verbindet, bestimmter mich aussprechen, und das, was mir das Recht dazu geben würde, ist eine gewisse Anzahl von Beobachtungen, welche seitdem publicirt worden sind und welche ausserordentlich beweisend zu Gunsten der These, welche ich aufstelle, sein werden. Ich werde davon die zwei folgenden citiren, welche ich einer interessanten Arbeit des Dr. B. Remak (Berliner Klinische Wochenschrift 1885, Nr. 7) entnehme:

I. Beobachtung: (summarisch) Marie D., 12 Jahre alt, stammt von einem syphilitischen Vater, welcher die Syphilis im Jahre 1866 erworben hat, und von einer syphilitischen Mutter, die thatsächlich noch mit frontalen Periostosen behaftet ist. Diese Frau war 11 mal schwanger und machte 4 Fehlgeburten. Dreimal gebar sie lebende Kinder, welche im Verlaufe ihres 1. Lebensjahres gestorben sind; — 3 Kinder, von denen Marie D. das älteste ist, blieben am Leben; — gute Constitution, als vorangegangene Erkrankungen Masern, Scharlach, Varicellen und Diphtheritis. Ausserdem mit 9 Jahren Sturz auf das Hinterhaupt ohne Folgen.

Kurze Zeit darnach Eintritt von einer thatsächlich tabetischen Affection, unter der Form von Störungen der Harnblase (tägliche und nächtliche Incontinenz, schwieriges und langsames Urinlassen). — Hernach Incontinenz des Stuhles, ein Symptom, das nach 9 Monaten verschwunden ist. Später Ohnmachten, Occipitalschmerzen, Ptosis, Doppelsehen, progressive Verminderung der Gesichtsschärfe; thatsächlich sehr schwaches Sehen. Bei der Ophthalmoskospie hat man eine deutliche Atrophie des nervus opticus gefunden, mit einer Verengerung der Gefässe der Papille.

Andererseits Gürtelschmerzen, blitzartige Schmerzen in den Armen und Beinen, die manchmal von kleinen Erschütterungen in den Gliedmassen begleitet waren. Verminderung der Sensibilität beim Berühren und des Schmerzgefühles, vorzüglich in den unteren Gliedmassen. Symptome der Parästhesie, Gefühl von Kälte, Einschlafen der Arme und Beine, gänzliches Verschwinden der Sehnenreflexe, von Zeit zu Zeit gastrische Störungen mit Erbrechen, beständige Harnbeschwerden.

II. Beobachtung (summarisch): R. Ernst, 13 J. alt, stammt von einem syphilitischen Vater, welcher gegenwärtig thatsächlich unzweifelhafte Erscheinungen der Tabes zeigte. — Schwäche seit seiner Kindheit, kurze Zeit nach seiner Geburt zeigt er verschiedene Erkrankungen, welche unzweifelhaft hereditär-specifischer Art waren, (Coryza, Knötchen auf dem Kopfe und dem ganzen Körper). Seit 3 Jahren intermittirende Anfälle von nächtlicher Urinincontinenz; manchmal, seit 2 Jahren entsetzliche Schmerzen in den Schneidezähnen, welche aber vollkommen gesund sind; scharf markirtes Romberg'sches Zeichen; der Kranke taumelt, wenn man ihm die Augen zuhält oder wenn man sagt, er soll sich schnell auf seinen Füssen herumdrehen. Hyperästhesie im Bereiche des 7. Halswirbels, Anästhesie bei Berührung vorzüglich an der inneren Seite des Schenkels. Absolutes Fehlen der Kniereflexe.

steht, wenigstens in theoretischer Weise, ich wiederhole dieses Wort, die uns die Syphilis als einen möglichen Factor der Sclerose en Plaques darstellen. Denn einerseits zeigt die Syphilis in der That, vorzüglich wenn sie das Nervensystem ergreift, eine unläugbare Tendenz, sich auszubreiten und ihre Localisation über verschiedene Punkte des Rückenmarkes zu verbreiten; andererseits ist es sehr ihre Art, überall, wo sie sich zeigt, in Entartungen scleröser Natur überzugehen; drittens, wenn es gestattet ist, mit Dr. Pierre Marie[1]) zuzugeben, dass die Sclerose en Plaques oft nichts anderes ist, als ein Nebenphänomen einer allgemeinen Infectionserkrankung und dass sie von Erkrankungen des arteriellen Systems abstammt, so finden wir hier zwei Gründe zu Gunsten derselben Hypothese; denn die Syphilis ist sicher ein Typus einer allgemeinen Infectionserkrankung und man weiss thatsächlich, mit welcher Häufigkeit sie arterielle Erkrankungen hervorbringt.

Eine klinische Thatsache wird aber a priori sicher viel beweisender sein als alle diese Inductionen. Nun aber hat bis heutzutage ein klinisches Factum gefehlt und das sowohl in der acquirirten als in der hereditären Syphilis bis in die letzte Zeit, wo ein interessanter Aufsatz von Dr. Moncorvo, erschienen ist, in dem sich mehrere Beobachtungen der Sclerose en Plaques, die sich auf jugendlichen, mit hereditärer Syphilis befallenen Individuen entwickelt hat, erwähnt finden.[1])

Die Untersuchungen, die unser berühmter College über diesen Gegenstand angestellt und lange Zeit fortgeführt hat, berechtigen, glaube ich zu dem Schlusse.

1. Dass die Sclerose en Plaques im jugendlichen Alter häufiger ist als man bis heutzutage glaubte;

2. dass sie in der Kindheit beinahe dasselbe symptomatologische Bild darbietet wie im späteren Alter;

3. dass es gestattet ist, unter den ätiologischen Bedingungen dieser Erkrankung für einige Fälle den wahrscheinlichen Einfluss der hereditären Syphilis zuzulassen.

Zur Stütze dieses letzteren Schlusses, des einzigen, der sich auf unseren Gegenstand bezieht, berichtet der Autor drei Beobachtungen, die sehr vollständig und sehr gut ausgearbeitet sind und aus welchen in einer unläugbaren Weise erhellt, dass sich die Sclerose en Plaques im jugendlichen Alter von 7 Monaten bis zu 6 Jahren auf thatsächlich hereditär-syphilitischen Kindern entwickelt hat. Und was die pathogenetische Connexion, die zwischen der hereditären Syphilis und der cerebrospinalen Sclerose aufzustellen ist, betrifft, so findet er selbe in einer zum mindesten wahrscheinlichen Weise durch folgende Erwägungen bewiesen:

Einerseits Zusammenfallen dieser zwei Krankheitszustände, der Syphilis und der Sclerose, die bei vielen Fällen constatirt wurden;

andererseits den glücklichen und unläugbaren Einfluss, welchen die specifische Behandlung manchmal auf die Symptome der Sclerose ausübte.

In zwei Fällen, welche er durch mehrere Monate verfolgte, hat er, wie er erwähnt, einige Symptome der Erkrankung thatsächlich durch antisyphilitische Behandlung gebessert gefunden.

Hier einer der Fälle:

[1]) De la sclerose en plaques chez les enfants, Revue de Medicine 1883, pag. 539.

(Summarisch.) Ein kleines Mädchen von 7 Jahren, Brasilianerin, ist in einem Zustande ausserordentlicher Schwäche und mit den evidentesten Zeichen der hereditären Syphilis geboren worden, (kupferrothe Flecke, runzlige Haut, seniler Anblick, zonuläre Cataracta); Convulsionen in der Kindheit, sehr langsame physische und intellectuelle Entwicklung; das Kind hat seine ersten Worte erst im Alter von zwei Jahren zu stammeln begonnen und hat noch viel später, im Alter von 6 Jahren erst, zu gehen begonnen.

Jetzt ist es mager, anämisch und schwächlich. Man findet bei dem Kinde verschiedene Zeichen der hereditären Syphilis, nämlich, auf den Schenkeln und Hinterbacken glänzende Narben, die von einem pigmentirten Saum umgeben sind; ein kahnförmiges Schädeldach, Deformation des Thorax, Anschwellungen der Knochenepiphysen; Missbildungen der Zähne (zahlreiche Erosionen, Atrophie der Molarzähne, Erosionen in der Art einer Honigwabe auf den oberen Schneidezähnen), Drüsenhypertrophie. Anfang der nervösen Affectionen ungefähr im Alter von sechs Jahren durch Veränderung des Charakters, Reizbarkeit, Zornanfälle ohne Ursache; Strabismus, Nystagmus, Schwäche in den Gliedmassen mit Coordinationsstörungen; Zittern, sobald die Gliedmassen in Thätigkeit treten.

Status präsens: Sehr ausgesprochene motorische Störungen, Schwäche der unteren Gliedmassen, schwankender, zögernder, uncoordinirter Gang, Schwäche der oberen Gliedmassen, das Kind kann keinen Gegenstand, so leicht er auch sei, mit einer Hand halten, ohne die andere zu Hilfe zu nehmen. Auffallendes Zittern gelegentlich jeder Bewegung, das aber verschwindet, sobald die Glieder in Ruhe sind. Beiderseitiger convergirender Strabismus, Nystagmus, die bulbi führen fast ohne Unterbrechung Rotationen um ihre eigene Axe oder horizontale Oscillationen aus. Die Gesichtsschärfe ist herabgesetzt.

Gesichtsausdruck eines Schwachsinnigen, irrer Blick, Lachen ohne Ursache; intellectuelle Fähigkeiten nicht entwickelt, sehr schwaches Gedächtniss, sonderbarer Charakter, Anfälle von Aufregung, Zorn und Heftigkeit, während welcher das Kind seine Kleider zerreisst, beisst und sich auf die umgebenden Personen wirft; abgehackte, verwirrte und monotone Sprache; Zittern der Zunge, sobald die Kranke zu sprechen versucht. Im Uebrigen intacte Sensibilität, normale Reflexe und Integrität der anderen Functionen mit Ausnahme einiger Digestionsstörungen.

Vorgeschriebene Behandlung: Jodkalium in der täglichen Dosis von 3 *gr*, mercurielle Einreibungen, Liquor Van Swieten, Jodeisen; diese Behandlungsweise wird 6 Monate fortgesetzt.

Der Einfluss dieser Behandlung zeigte sich in einer beinahe unmittelbaren Art durch eine bemerkenswerthe Verbesserung einiger Symptome, vorzüglich der Zornanfälle, des Zittern und der Gehstörungen.

Später wird diese Besserung allgemeiner und ausgesprochener, der Gang wird leichter, weniger schwankend, das Kind kann allein gehen. Der Nystagmus ist sehr vermindert und zeigt sich nur in seltenen Zwischenräumen in einer beinahe nicht bemerkbaren Weise. Das Zittern der Zunge ist vermindert, der Strabismus etwas weniger bemerkbar, vor allem zeigte sich aber eine grosse Aenderung des Charakters in der Weise, dass das Kind sehr sanft wurde; die Intelligenz aber blieb gestört. — Endlich wurde aber auch die Ernährung gebessert und der

Appetit und die Kräfte nahmen zu, die Blässe nahm ab. Mit einem Worte, schliesst der Autor, der grösste Theil, der die Sclerose en Plaques charakterisirenden Erscheinungen wurde, man kann es nicht leugnen, bei unseren kleinen Kranken innerhalb sechs Monate durch eine Jod-Quecksilberbehandlung ausserordentlich gebessert.

Ich kann Ihnen nur sagen, meine Herren, dass es bei dem gegenwärtigen Stande unserer Wissenschaft verfrüht wäre, ein Urtheil über die Thatsachen, die vorhergehen, zu fällen. Behalten wir nur im Gedächtniss, dass der pathogenetische Einfluss, den die hereditäre Syphilis auf Entstehung der Sclerose en Plaques ausübt, möglich oder wahrscheinlich sein kann, und dass wir ebenso wie bei der Tabes neue Beobachtungen zur definitiven Lösung dieser Frage erwarten müssen.

XLVIII.

Affectionen der Nerven.

Als Annex zu den Krankheitserscheinungen, welche die hereditäre tardive Syphilis am Nervensystem hervorrufen kann, bleiben nur noch einige interessante Erkrankungen der Nerven zu erwähnen übrig. Sie sind selten und eine kurze Erwähnung wird genügen.

Ich habe 2 Fälle isolirter Paralysen des Occulomotorius bei hereditärsyphilitischen Kindern gesehen, die unabhängig von jeder anderen Gehirnstörung und jeder anderen Erscheinung waren, die eine Erkrankung des Gehirns vermuthen lassen konnte. Durch eine specifische Behandlungsweise sind diese Paralysen rasch und in kurzer Zeit verschwunden.

Es ist also sehr wahrscheinlich, dass ihr Ursprung, der Grund ihres Daseins, in einer ausschliesslich die Nerven betreffenden Krankheit bestand.

War nun diese Krankheit eine ursprüngliche und dem Nervensystem allein angehörige oder war sie nur eine Consequenz, das Resultat eines Druckes, der durch einen Tumor in der Nachbarschaft auf die Nerven ausgeübt wurde? — Das kann ich Ihnen nicht sagen, aber in jedem Falle waren die einzigen Störungen, die sich zeigten, einfache occuläre Paralysen.

Ein noch vollkommenerer Fall wurde von Doctor Nettleship beobachtet und beschrieben. Bei einem jungen 14-jährigen Mädchen, das von einem syphilitischen Vater abstammte und schon verschiedene Zeichen der hereditären Syphilis gezeigt hatte, zeigte sich eine ganze Reihe von paralytischen Symptomen, die sich auf Erkrankungen verschiedener Gehirnnerven zurückführen liessen, nämlich: Paralyse des Occulomotorius des Abducens und des trigeminus der rechten Seite. Einerseits waren die Bewegungen des levator palpebrae, des rectus superior, des rectus inferior, des rectus internus und externus vermindert, sogar verschwunden; andererseits konnte man eine bemerkenswerthe Verminderung der Sensibilität auf der correspondirenden Hälfte des Gesichtes constatiren und zwar im Niveau der Stirne, des Augenlides, der Wange und der Nase. Die Schleimhaut der Augen war ebenfalls der Sitz einer ähnlichen Anästhesie, noch mehr, als an der Haut des Gesichtes bemerkbar war. Hier ist das Resumé dieses sonderbaren Falles:

Summarische Beobachtung: Ein Kind von 14 Jahren, blass, sehr wenig entwickelt; der Vater erklärte, dass er 7 oder 8 Jahre vor der Geburt dieses Kindes Syphilis gehabt habe, die Mutter ist bei der Geburt gestorben. Ueber diese Frau sind keine Auskünfte zu erhalten; die kleine Kranke zeigt unzweifelhafte Antecedentien und Zeichen der hereditären Syphilis, nämlich: im Alter von 6 Jahren eine doppelseitige interstitielle Keratitis, die einen undurchsichtigen Fleck auf dem rechten Auge zurückliess. Leichte Taubheit, deren Beginn nicht bestimmbar war, hervorstehende Stirnhöcker, Missbildungen der Zähne, eingesunkene Nase, eine breite Perforation an der Knochenscheidewand des Nasenbeins, Caries eines Knochens in der Nasenhöhle. Seit 4 Jahren Anfang einer Facialis-Anästhesie, welche noch heutzutage besteht.

Status praesens: Die Anästhesie umfasst das obere Segment der rechten Gesichtshälfte, nämlich die Stirn, die Wange, das Augenlid, die rechte Nasenseite, die Conjunctiva und die Cornea. Diese Anästhesie jedoch ist nicht absolut. Im Niveau aller dieser Partieen fühlt die Kranke noch die Berührung, aber nur dunkel, weniger deutlich als auf der entgegengesetzten Seite. Vorzüglich markirt ist die Anästhesie am Augapfel; zudem eine vollständige Paralyse des rectus externus und superior derselben Seite, Parese des rectus inferior, rectus internus und levator palpebrae; der obliquus ist wahrscheinlich auch paralysirt.

Wir kennen noch eine merkwürdige Beobachtung des Doctor Ormerod, die eine Erkrankung des nervus medianus betrifft, die sich an einer jungen, hereditär-syphilitischen Frau entwickelte. Diese Erkrankung bestand in einer spindelförmigen Erkrankung des Nervenstammes, der in einer längeren Ausdehnung seines Laufes ein, einem grossen Federkiel gleiches oder grösseres Volumen hatte. Die Frau litt infolge dessen an verschiedenen Functionsstörungen des betreffenden Gliedes, nämlich Erscheinungen der cutanen Anästhesie im Niveau der Hand und einen paretischen oder paralytischen Zustand mehrerer Muskeln, die ihre faradische Contractilität verloren hatten und leicht atrophisch waren.

Endlich bestand eine Erscheinung der tardiven hereditären Syphilis in der Production von symptomatischen Compressions-Paralysen, und zwar Compressionen, die durch Tumoren in der Nachbarschaft, wie z. B. Gummen, Exostosen, Periostitiden, hervorgebracht wurden.

Ich kann Ihnen kein besseres Beispiel erzählen als das folgende, das ich Galezowsky entlehnt habe.

Ein Kind von 12 Jahren wird von heftigen Kopfschmerzen befallen, die in der Gegend der Schläfe und des Augapfels der linken Seite concentrirt erscheinen; dann gesellt sich Doppelsehen und linkseitiger Exophthalmus hinzu. Man führt es am 9. April zur Consultation des Doctor Galezowsky, welcher folgenden Status constatirte. Einerseits sehr ausgesprochener Exophthalmus links, andererseits verschiedene Zeichen von oculären Paralysen, die dasselbe Auge betreffen, nämlich Ptosis, Strabismus divergens, mit Doppelsehen, so hochgradige Paralyse aller Augenmuskel, dass der Augapfel kaum beweglich ist. Kein Schmerz bei Druck auf das Auge. Uebrigens lässt sich kein Tumor erkennen, aber das Auge lässt sich nicht in die Orbita zurückdrängen, was zur Genüge einen Tumor erkennen lässt, der den Grund der Orbita ausfüllt, einen Tumor, der das Zurückbringen des Augapfels in seine normale

Situation verhindert. Was könnte das für ein Tumor sein? Herr Galezowsky supponirt ihm einen möglicherweise syphilitischen Ursprung und forscht über die Antecedentien nach. Er befragt den Vater, welcher die Syphilis zugibt, und findet ihn thatsächlich an zwei Ulcerationen leidend, deren syphilitische Natur absolut nicht zweifelhaft ist. Nach Feststellung dieser Thatsachen unterzieht er das Kind einer specifischen Behandlung. Es zeigte sich ein augenblickliches und sehr befriedigendes Resultat. Vom 26. Mai ab verschwindet die Diplopie, der Exophthalmus vermindert sich sehr rasch und alle andern Erscheinungen mildern sich und verschwinden. Kurz, am 2. Juni ist die Genesung eine vollständige.

XLIX.

Erkrankungen der Lunge.

Dass die hereditäre Syphilis Lungenerkrankungen im ersten Kindesalter hervorbringen kann, ist ein Factum, das heutzutage nicht mehr bewiesen zu werden braucht. Aber dass dieser Einfluss sich im reiferen Alter zeigen kann, dass er im Verlauf der späteren Kindheit, der Jugend und des reiferen Alters specifische Lungenerkrankungen verursachen kann, das ist eine Thatsache, die weniger festgestellt ist, oder sagen wir besser, es ist eine Thatsache, mit der man sich bis heute noch nicht beschäftigt hat. Diese zweite Thatsache nun ist aber nicht weniger authentisch als die erste und wir können folgende Schlüsse ziehen:

Die hereditäre Syphilis kann in einem mehr oder weniger vorgeschrittenen Lebensalter specifische Lungenkrankheiten hervorbringen, die mit denjenigen der acquirirten Syphilis identisch sind.

Wir besitzen bisher nur eine ganz kleine Zahl von Beobachtungen, denen man den Titel „hereditär-syphilitische Phthyse" geben könnte. Ich habe nur 5 unter 200 Fällen, die sich alle auf die verschiedenen Zufälle der tardiven hereditären Syphilis bezogen, sammeln können. Das ist allerdings eine geringe Zahl und bei der einfachen Erwähnung würde man autorisirt sein, zu glauben, dass die Lungenerkrankungen der hereditären Syphilis in einem mehr oder weniger vorgeschrittenen Alter nur seltene Ausnahmen seien. Aber ich meine, dass diese Erscheinungen in Wirklichkeit weniger selten sind, und zwar aus den zwei folgenden Gründen:

1. weil sie sehr oft sehr begrenzt, sehr umschrieben als Erkrankungen sind, so dass sie unbemerkt bleiben können und weil sie ihrer Natur nach leicht verkannt werden, und in vielen Fällen ohne Zweifel der Tuberculose zugeschrieben worden sind. Wie dem auch sei, wir wollen den thatsächlichen Zustand unserer Kenntnis über diese Frage betrachten.

Erstens einmal hat man bei der Autopsie von hereditär-syphilitischen Personen eines mehr weniger vorgeschrittenen Alters oft Lungenerkrankungen unzweifelhaft specifischer Natur gefunden, entweder wirkliche Gummen unter der Form von gelblichen, käsigen Knötchen, fibroide und scleröse Verdickungen, die im Lungenparenchym selbst zerstreut waren, — oder oberflächliche oder tiefe Narben, endlich Cavernen und tiefe Aushöhlungen im Centrum des Organs, die durch eine indurirte und scleröse Zone umgeben waren. Und dies alles hat man gefunden, ohne die geringste Spur einer Tuberculose.

Beispiel: Einer unserer kleinen Kranken, 7 Jahre alt, hereditär-syphilitisch, wurde von einer acuten, intercurrirenden Erkrankung dahingerafft. Bei der Autopsie fanden wir 3 kleine, pulmonäre Gummen, welche nicht die geringste Krankheitsstörung hervorgerufen haben.

Ein kleiner Knabe, Sohn eines syphilitischen Vaters, wurde von Lannelongue wegen Knochenerkrankungen unzweifelhaft specifischer Natur behandelt, als er durch eine tödtliche Diphtherie rasch dahingerafft wurde. Die Leichenuntersuchung ergab ein Lungengumma, dessen Existenz man gar nicht vermuthet hatte.

Bei der Autopsie einer 41jährigen Frau, die zweifellos hereditär-syphilitisch war und an einer syphilitischen Phthysis gestorben war, constatirte Lancereaux mehrere Cavernen in den 3 Lappen der rechten Lunge. Diese Cavernen, von denen die grösste ein Taubenei in sich aufgenommen hätte, waren von einander durch oft unvollständige Scheidewände oder durch mehr oder weniger ausgedehnte fibröse Stränge getrennt. Sie hatten vollkommen glatte und polirte Wände; sie waren inmitten eines grauen, festen Gewebes eingebettet, das dem Drucke Widerstand leistete und sich weder zusammendrücken noch zerreissen liess. Nirgends aber fand man die geringste Spur der Tuberculose. Andererseits zeigten diese Cavernen, die in das verhärtete Lungengewebe eingebettet waren, zur Genüge an, dass es sich hier nicht um tuberculöse Erkrankungen handelte.[1])

Nicht minder klare klinische Thatsachen beweisen ganz sicher die Authenticität der specifischen Lungenerkrankungen, die sich an Personen verschiedenen Alters entwickelten und von einer hereditären Infection herstammten. Einen solchen Fall entlehne ich den Herren Dubousquet-Laborderie und Gaucher.

Ein kleines Mädchen, von $8^1/_2$ Jahren, ist seit einiger Zeit an einer Lungenphthyse erkrankt, als Doctor Dubousquet zu ihrer Behandlung berufen wurde. Er fand das Kind in einem Zustande, der ganz genügend klar war, um diese Diagnose festzustellen, einerseits Habitus und Gesicht der Consumption, Abzehrung, Schwäche, Appetitlosigkeit, beständiger Husten, Temperatur von 39°, Puls 140, abendliches Fieber etc.; andererseits Dämpfung rechts oben, vorne und hinten, mit Cavernen-Athmen in der Fossa infrascapularis; grossblasiges crepitirendes Rasselgeräusch über die ganze Brust vertheilt.

Nach diesen verschiedenen Zeichen acceptirt anfänglich unser College und wer hätte es nicht wie er gethan, die Diagnose Tuberculose und richtet die Behandlung darnach ein. Aber einige Wochen später erscheint mitten auf dem Sternum ein Tumor. Dieser entwickelt sich rasch und erreicht das Volumen einer kleinen Orange. Man eröffnet ihn und findet keinen eigentlichen Eiter, sondern eine eiterähnliche Flüssigkeit, die gelatinös und fadenziehend ist. Was ist nun dieser Tumor mit sonderbarem Inhalt? Ist es nicht vielleicht ein Gumma? Und wenn es ein Gumma wäre, könnte die angenommene Tuberculose nicht auch eine syphilitische Phthyse sein?

Dies ist die doppelte Frage, welche sich thatsächlich aufdrängt. Nun, nachdem der Verdacht erweckt war, untersucht man das Kind vom hereditär-syphilitischen Standpunkte aus und man findet alle Zähne an

[1]) Traité de la syphilis 11e édit. p. 331.

ihrem Rande eingekerbt und mit transversalen Furchen durchzogen. Nichts anderes, in Bezug auf Antecedentien oder Zeichen der Syphilis ist zu finden. Keine Spur der Syphilis an der Mutter; was den Vater betrifft, so bleibt er für den Augenblick unsichtbar. Auf diese gegebenen Thatsachen hin nun neigt sich Doctor Dubousquet der Diagnose der hereditären Syphilis als wahrscheinlichen Ursache des Sternaltumors und der Lungenaffection zu. In seiner Ansicht wird er auch bestärkt durch den Ausspruch des Doctor Gaucher und schreibt die specifische Behandlung vor; nämlich:

Syrup de Gibert durch einige Tage hindurch und dann Einreibungen mit Quecksilber und Jodkali.

Die Resultate dieser Behandlung liessen nicht lange auf sich warten. Das gummöse Ulcus, wir können es jetzt so nennen, heilte aus und vernarbte, das abendliche Fieber verschwindet, die Kräfte erneuern sich, im Verlaufe eines Monats findet man rechts oben nur eine wenig hauchende Respiration, kurz, im Verlaufe von 2 Monaten erfolgte Heilung und zwar eine vollständige Heilung, die bis jetzt anhält.

Es ist unnütz, einer solchen Beobachtung das geringste Commentar beizufügen.

Was ist in der That, was kann eine Krankheit sein, die zugleich sowohl den Allgemeinzustand als auch die localen Symptome und die Entwicklung einer Lungenphthyse zeigt, die aber nichts destoweniger im Verlaufe von 2 Monaten unter dem Einflusse des Merkur und des Jod ausheilt? Es sind nicht zwei Krankheiten, die diesem Programm entsprechen, sondern es ist nur eine, die syphilitische Phthyse.

Ja, wird man nun sagen, wenn es sich in diesem Falle nun wirklich um eine syphilitische Phthyse handelte, wird es sich nun wirklich um eine hereditär-syphilitische Phthyse gehandelt haben?

Als Antwort gegen diesen Einwurf kann eine Ergänzung der vorhergehenden Beobachtung dienen:

Die specifische Behandlung, welche das Leben des fraglichen kleinen Kranken retten sollte, war wenige Tage im Gange, als der Vater des Kindes sich endlich entschloss, auf die Scene zu treten. Er kam seinerseits zu Doctor Dubousquet, um ihn zu consultiren und zwar wegen einer ulcerösen Perionychie, wegen einer Onychie und wegen einer Periostitis der Tibia, welche Erkrankungen beim ersten Anblick und ohne jedes Ausfragen deutlich als syphilitische bezeichnet werden mussten. Uebrigens liess er sich keineswegs lange bitten, um zuzugestehen, dass er Syphilis gehabt habe. Im Jahre 1871, also 3 Jahre vor der Geburt des Kindes, hatte er sich einen syphilitischen Primäraffect am Glied zugezogen, welcher Schanker einen Bubo, Schleimhautplaques und Knochenschmerzen zum Gefolge hatte. Nachdem auch er der specifischen Behandlung unterworfen wurde, wurde er in 14 Tagen von den vorherbeschriebenen Erkrankungen geheilt.[1])

Ebenso hat Doctor Latty kürzlich einen sehr interessanten Fall von syphilitischer Lungenerkrankung citirt, der sich auf einem deutlich hereditär-syphilitischen Mädchen, der Schwester mehrerer ebenfalls mit hereditärer Syphilis inficirter Kinder, entwickelte.

Ohne in das Genauere dieser Thatsachen einzugehen, will ich Ihnen

[1]) Revue de médecine 1884, t. IV. p. 663.

nur als besonders interessant 2 Gesichtspunkte erwähnen, nämlich, erstens dass in einem gegebenen Moment die Elimination der gummösen Producte, welche das Lungenparenchym infiltrirten, von allen Symptomen einer Lungengangrän begleitet war (charakteristische Foetidität, weinhefeartiger Auswurf); zweitens, dass später die Entleerung der Gummen von einer enormen Retraction, ja von einer wirklichen Atrophie einer Hälfte des Thorax gefolgt war. Diese Atrophie war der Art, dass der halbe Umfang der linken Brusthälfte in der Höhe der Warze 23 *cm* mass, während der andere halbe Umfang rechts 30 *cm* mass, und dass ein Tasterzirkel im selben Niveau links 10 *cm*, rechts 17 *cm* Abstand ergab. Ausserdem blieb eine beträchtliche Einsenkung, die beinahe die Dicke einer Hand hatte, sich unter der linken Clavicula gebildet hatte und hier die Abflachung der Thoraxwand bewirkte.[1])

Nun will ich Ihrer Aufmerksamkeit ein anderes Factum in Erinnerung bringen, welches ohne eine bedauernswerthe Lücke viel interessanter und bemerkenswerther als die vorhergehenden gewesen wäre und zwar darum, weil es die Möglichkeit einer syphilitischen Phthysis, die sich in einem reiferen Alter (gegen das 40ste Jahr) unter dem Einflusse einer hereditär-specifischen Erkrankung entwickelte, zeigen wird.

In diesem Falle, den ich Herrn Lancereaux verdanke, handelt es sich um eine 41-jährige Frau, welche mit den allgemeinen und localen Zeichen einer Lungenphthyse zu Grunde ging. Aber man entdeckte in einer Lunge und in der Leber unzweifelhafte Zeichen der Syphilis, während man keine tuberculose Erkrankung vorfand.[2])

Was war nun der Ursprung der Syphilis, mit der diese Frau ganz gewiss behaftet war?

Eine Anzahl von Gründen bestimmen uns, die hereditäre Form derselben anzunehmen; nämlich:

1. Diese Frau leugnet jede venerische Antecedenz, sie war sogar eine Jungfrau. Ueberdies erzählt sie, dass ihr Vater von einer schlechten Krankheit befallen war, welche nach dem, was sie erfahren konnte, eine syphilitische Affection war;

2. von 12 Gechwistern, die sie gehabt hat, sind 9 im jugendlichen Alter gestorben;

3. litt sie vom 8. bis zum 11. Jahre an chronischen Ophthalmien, die sie beinahe zum Erblinden brachten;

4. war sie taub und zwar taub ohne nachweisbare Laesionen;

5. hatte sie eine schlecht geformte Nase, die an ihrer Basis abgeplattet war, und kleine missgebildete Zähne.

6. Bot sie im höchsten Grade den Infantilismus und die Charaktere der Unvollkommenheit oder der zurückgebliebenen physischen Entwicklung dar, welchen man so häufig bei den Hereditär-Syphilitischen begegnet, nämlich: kleinen Wuchs, einen Busen, der dem eines jungen, unreifen

[1]) Pneumopathie syph. congenit. ayant déterminé une atrophique du thorax. Paris 1886.

[2]) Mit Herrn Lancereaux will ich bemerken, dass in diesem Falle eine einzige Lunge durch tiefe Krankheitserscheinungen afficirt war, (nämlich durch grosse Cavernen), und dass überdies diese Erkrankungen, weit entfernt, dass sie an den Lungenspitzen umschrieben waren, sich vielmehr in den verschiedenen Lappen vertheilten, was, wie man weiss, zwei wichtige Momente für die Differentialdiagnose der syphilitischen und der tuberculosen Phthyse sind.

Mädchens glich, glatten Schamberg, Abwesenheit jeder Menstruation, ausserordentliche Enge der Scheide; einen Uterus, der demjenigen eines Kindes von 8—10 Jahren glich, rudimentäre Ovarien, die nicht einmal grafische Follikel enthielten.

Ich sagte Ihnen, dass diese Beobachtung eine Lücke bot. Es mangelte ihr in der That das, was das Hauptkriterium der hereditären Syphilis bildet, nämlich der formelle Beweis der Syphilis bei den Eltern. Aber sie bot andere deutliche Elemente der Wahrscheinlichkeit und beinahe der Gewissheit dar, so dass sie sich unserer Aufmerksamkeit aufdrängte und ich es für nothwendig hielt, sie hier zu erwähnen.

Aus dem Besprochenen geht eine grosse praktische Lehre hervor, nämlich: dass, wenn man eine Lungenaffection bei einem Kinde, einem Heranwachsenden oder selbst bei einem Erwachsenen vor sich hat die sich mit allgemeinen oder localen Symptomen der Lungenphthyse äussert, so soll man immer an die Syphilis als einen möglichen Ursprung dieser Erkrankung denken.

Unter diesen Bedingungen legt eine ganz gewöhnliche Vorsicht dem Arzte die Pflicht auf, eine Untersuchung über die Antecedentien anzustellen und nicht allein die acquirirte Syphilis, sondern das, woran man nicht denkt oder bis zum heutigen Tage nicht gedacht hat, nämlich die hereditäre Syphilis zu suchen.

Sehen Sie z. B. was sich in den meisten Fällen der Beobachtungen der syphilitischen Phthyse, die in der Literatur aufgezählt sind, ereignet hat.

Wie wurde man dazugeführt, die Syphilis als die Ursache der Phthysen, die man bisher für tuberculöse gehalten hatte, zu vermuthen und zu entdecken? — Beinahe immer durch einen Zufall, durch unerwartetes und ganz zufälliges Auftreten eines klaren Symptoms der Syphilis, wie z. B. einer Exostose oder eines Gummas. Ohne diesen Zufall, ich beharre auf diesem Worte und bleibe dabei, wäre die Lungenaffection wie früher für Tuberculose gehalten worden und Sie können das Resultat eines Irrthums dieser Art beurtheilen.

Nun darf es allerdings nicht geschehen, dass die Diagnose einer so wichtigen Affection, wie es die syphilitische Phthyse ist, dem Zufall überlassen werde. Es ist unsere ärztliche Pflicht, diesem Zufalle zuvorkommen, oder in anderen Ausdrücken, die Syphilis, bevor sie auftritt und ohne die zufällige Hilfe einer dazutretenden Erscheinung zu erkennen. Wie können wir aber dieser Pflicht Genüge leisten? — Ganz einfach, indem wir uns die Verpflichtung auferlegen, in allen diesen Fällen, wo wir eine Lungenaffection diagnosticiren müssen, eine Untersuchung und zwar eine vollständig genügende Untersuchung über die Antecedentien des Kranken, vom Gesichtspunkte irgend einer Syphilis, ja sogar einer hereditären Syphilis von langem Bestande, zu pflegen.

Sicher wird diese Untersuchung kein günstiges Resultat in der enormen Mehrzahl der Fälle liefern, da die enorm überwiegende Häufigkeit der tuberculösen Phthyse gegenüber der syphilitischen Phthyse eine Thatsache ist. Aber glauben Sie sicher, dass eines Tages, vielleicht an einem Tage, an dem Sie es am wenigsten erwarten, diese Untersuchung dazu dienen wird, einen diagnostischen Irrthum aufzuklären, um eine Phthyse, die bisher der Tuberculose zugetheilt wurde, als eine specifische zu erkennen, d. h. mit einem Wort, das Leben ihres Kranken zu retten.

L.

Krankheiten der Leber.

Die hereditäre Syphilis, welche so häufig Lebererkrankungen im ganz jugendlichen Alter hervorbringt, kann auch die Leber in einer viel späteren Zeit ergreifen. Man hat Erkrankungen dieses Organs und zwar sehr schwere Erkrankungen in der Kindheit, in der späteren Kindheit, im Jugendalter und an Erwachsenen auftreten gesehen.

Die Authenticität solcher Fälle ist thatsächlich nicht mehr zu leugnen. Sie erhellt aus ausserordentlich sorgfältig studirten Beobachtungen, die absolut zutreffend und demonstrativ waren. Um gleich im Anfang Ihre Ueberzeugung über diesen Gegenstand zu befestigen, werde ich Ihnen in einigen Zeilen einen Fall, den ich Hutchinson verdanke, resumiren.

Ein Kind von syphilitischen Eltern geboren, wird im jugendlichen Alter von einer doppelseitigen Kerato-Iritis befallen; im Alter von 11 Jahren ist es thatsächlich mit syphilitischen Erkrankungen an verschiedenen Organen besäet, nämlich zahlreichen Knochenerkrankungen (Hyperostose des Humerus und des Ellbogens, knotige Anschwellungen am Femur, — der Tibia — und den Fersenbeinen), Gelenksentzündung des rechten Ellbogens, Hypertrophie der Leber, Erkrankungen der Nieren mit Albuminurie, Ascites und Haematurie; — mit Jodkali behandelt, heilt alles aus. Im Alter von 21 Jahren stellen sich wieder Nieren- und Lungenerkrankungen ein, denen es unterliegt, und die Autopsie zeigte, — um nur von demjenigen zu sprechen, was uns jetzt interessirt, — Ueberreste der alten Leberaffection und zwar gespaltene, gelappte Leber. Alles ist in diesem Falle vereinigt, um uns zu überzeugen. Einerseits ist die hereditäre Syphilis ganz klar vorhanden, andererseits besteht der Eintritt einer Lebererkrankung zugleich mit anderen unzweifelhaften specifischen Erkrankungen; dann findet sich durch die Autopsie die Bestätigung dieser Lebererkrankung unter den gewöhnlichen Krankheitserscheinungen, welche die Syphilis in der Leber hervorbringt.

Könnte man einen Augenblick, da solche Zeugnisse vorliegen, die Beziehung dieser Lebererkrankung mit dem hereditären Einfluss der Syphilis in Zweifel ziehen? — Ich könnte noch so und so viele ähnliche Fälle mittheilen.

Die Lebererkrankungen, die die hereditäre Syphilis in früherem oder späterem Zeitpunkte darboten, haben einen mittleren Grad von Häufigkeit, d. h. sie sind weder selten noch häufig. Ich habe 25 sehr authentische Fälle, die theils meiner persönlichen Praxis, theils verschiedenen Autoren, wie Hutchinson, Coupland, Dowse, Byrom Bramwell, Ripoll, H. Barth, Berne, Créquy, Barthélemy etc. entnommen sind.

Was das Alter betrifft, in dem diese Lebererkrankungen der tardiven hereditären Syphilis auftraten, so waren sie in folgender Weise vertheilt:

von	2 bis	10	Jahren	. . .	7 Fälle,
„	11 „	20	„	. . .	13 „
mit		23		. . .	1 Fall
„		34		. . .	1 „

Was die Krankheitsformen betrifft, die sie annehmen können, so reproduciren sie Zug für Zug, wie man a priori annehmen kann, dasjenige, was man in der acquirirten Syphilis sieht. Die Erkrankungen, über die ich in den Fällen, die ich constatirt habe, verfüge, können in diese 3 folgenden Hauptreihen eingetheilt werden:

1. Erscheinungen der interstitiellen, diffusen Hepatitis.

Diese Erscheinungen, welche das Bild geben, das man die syphilitische Cyrrhose nennt, sind die häufigsten. Ich will Ihnen nur in zwei Worten sagen, in was sie bestehen, nämlich: Ursprünglich ausserordentlich üppige Proliferation der Zellenelemente, welche die Leber infiltriren; gewöhnlich besteht Complication mit Perihepatitis. Dann erfolgt eine Organisation und Verdichtung dieser cellulären Massen in ein cellulofibröses Gewebe (hepatische Sclerose). Zuletzt erfolgt ein progressives Schrumpfen dieser fibrösen Productionen und als Consequenz verschiedene Deformationen der Leber unter der Form corticaler Depression, von Hügeln und Warzen, von Einschnitten, tiefer Lappung, mit allgemeiner oder theilweiser Atrophie der Drüse.

2. Gummöse Hepatitis.

Sie ist wie anderwärts durch das Entstehen von isolirten Tumoren gekennzeichnet, die sich im Drüsenparenchym der Leber selbst bilden und Tumoren sind, die alle Charaktere der syphilitischen Gummen zeigen.

3. Die amyloide Leber (Wachsleber, Speckleber), die in den Fällen, die uns beschäftigen, auftritt, unterscheidet sich in nichts von dem gewöhnlichen Typus dieser Laesionen, die unter diesem allgemeinen Namen beschrieben werden.

Wir können noch hinzufügen, dass diese verschiedenen Formen eine die andere nicht ausschliessen. Im Gegentheil, sie können sich associiren und combiniren, derart, dass die gummösen Productionen sehr häufig gleichzeitig mit der interstitielen diffusen Hepatitis vorkommen. Man hat selbst Gummen sich den amyloiden Entartungen zugesellen sehen, so dass sie eine Form, die sogenannte amylo-gummöse bilden.

Das einfache Erwähnen dieser Krankheitsformen sagt Ihnen, welche Prognose man an diese Erkrankungen knüpfen kann. Alle, ohne von den amyloiden Degenerationen selbst zu sprechen, die bis nun jeder Behandlung widerstrebten, — bergen eine bedeutende Schwere in sich in der Art, dass sie, unerkannt und nicht behandelt, die Leber in einer grossen Ausdehnung, ja selbst in ihrer Totalität befallen und die ernstesten, functionellen Störnngen hervorbringen können, bei denen der Tod das gewöhnliche Ende ist. Wollen Sie nach folgenden Ziffern urtheilen:

Unter 25 Fällen, über die ich disponire, mit Ausnahme von dreien, deren Ende unbekannt ist, haben 14 mit dem Tode und nur 8 mit Genesung geendet.

Nun aber zeigt uns die Erfahrung andererseits, dass diese selben Laesionen, wenn sie zur rechten Zeit als specifische Erkrankungen erkannt und zur rechten Zeit der specifischen Behandlung unterworfen worden sind, ausheilen können, und zwar in einer unverhofften, beinahe bewunderungswürdigen Weise. Es folgt daraus, was Sie ja schon voraus gesehen haben, dass das grösste, das Hauptinteresse des Gegenstandes, der uns thatsächlich beschäftigt, in der Diagnose dieser Erkrankungen besteht. Wir wollen daher nun sehen, wie sich diese Erscheinungen bei

ihrem Auftreten zeigen. Zuerst muss man eine Thatsache feststellen, das ist, dass unglücklicherweise diese Erkrankungen kein specifisches pathognomonisches Zeichen haben, und dass sie ferner sehr oft ein Gesammtbild von vagen, dunklen, schlecht zu bestimmenden Symptomen zeigen, die wenig geeignet sind, die Aufmerksamkeit auf die Leber zu richten; und ferner, dass sie immer eine besonders langsame, progressive, verstärkte und beinahe latente Art, im Beginne, haben. Wir wollen nun zu den Details kommen, indem wir jede dieser vorher citirten Formen eigens betrachten.

1. Die gummöse Form. In der Mehrzahl der Fälle sind in der That die Lebergummen das, was man Ueberraschungen der Autopsie nennt. Man constatirt sie am Cadaver, ohne sie während der Lebenszeit geahnt zu haben, und wenn sie auf diese Weise während des Lebens der Aufmerksamkeit des Arztes nicht weniger als der des Kranken entgehen, so ist es darum, weil sie meistens immer ruhig bleiben, wenn ich so sagen kann, und sich durch keine Störung, die angethan wäre, ihre Existenz darzuthun, verrathen.

Es ist keine Uebertreibung, wenn ich sage, dass die isolirten Gummen von kleinem oder selbst von mittelmässigem Volumen sehr häufig für die Leber das sind, was unschädliche und indifferente Fremdkörper sind. Sie bringen weder Schmerzen, noch Icterus, noch Ascites, noch klinisch erkennbare, locale Störungeu hervor. Der Beweis ist, wie ich wiederhole, in den zahlreichen Autopsien zu finden, bei denen man Lebergummen theils in thatsächlicher Entwicklung, theils unter der Form von Narben gefunden hat, und wo kein darauf bezügliches Symptom während des Lebens beobachtet werden konnte. Die syphilitischen Gummen der Leber verrathen sich klinisch nur unter gewissen eigenthümlichen Bedingungen selten und ausnahmsweise, nämlich: wenn sie in der Nachbarschaft eines wichtigen Gallenweges gelegen sind, ihn comprimiren und so die Zufälle der Stase und Resorption hervorbringen, von denen der Icterus ein Symptom ist; oder wenn sie durch ihr Volum oder durch ihre grosse Anzahl eine beträchtliche Partie der Drüse einnehmen, was man aber nur in einer sehr beschränkten Zahl von Fällen beobachtet; oder auch, was noch seltener ist, wenn sie in der Leber wichtige Circulationssstörungen hervorbringen.

Ein sehr sprechender Fall dieser Art ist eine schöne Beobachtung meines Collegen und Freundes Doctor Barth, eine Beobachtung, bei welcher ein grosses Gumma, das den hinteren Rand der Leber einnahm, die zwei tiefen Lebervenen eingeschlossen hatte und mit vollständigem Verschluss dieser Gefässe geendet hatte. Dadurch entstand eine Blutstauung im ganzen Organ, eine rapide Degeneration der Leberzellen, seröse Ausschwitzungen des Peritoneums, beträchtlicher Ascites, der sich unmittelbar nach jeder Punction wiederholte, und natürlich auch zum letalen Ende führte.

II. Ebenso haben die amyloiden Erkrankungen der Leber keine eigenen Symptome, oder um es besser zu sagen, die Symptome, welche die Aufmerksamkeit auf sie lenken könnten, verschwinden unter der Gesammtbild der kachektischen Störungen. Der Zustand der einförmigen Hypertrophie, die Glätte und der Widerstand des Organs bilden das einzige locale Zeichen, welches gestatten würde, die Existenz dieser

Erkrankung zu vermuthen, ohne von anderen Entartungen der Eingeweide zu sprechen, welche sehr oft mit ihnen gleichzeitig vorkommen.

III. Wir kommen nur zu den cyrrhotischen Erkrankungen, welche uns vorzüglich interessieren. Diese haben keine so unklare Symptomatologie wie die Gummen, noch eine so banale, wie die amyloiden Degenerationen. Demungeachtet nähern sie sich von diesem Gesichtspunkte aus, wenigstens in einer gewissen Etappe ihrer Entwicklung, eine der andern, in einer Etappe, welche unglücklicherweise diejenige ist, in welcher es von grösster Wichtigkeit wäre, dass sie nicht unerkannt blieben. Sie haben nämlich beinahe immer ein heimtückisches und unklares Auftreten. Man könnte beinahe sagen, dass sie während der ersten Zeit ihrer Entwicklung keine eigentlichen hepatischen Symptome haben, so dass sie sich für eine längere oder kürzere Zeit unter der Gesammtheit von ganz gewöhnlichen Störungen zeigen, nämlich folgenden: allgemeine Ermattung, Verlust der gewöhnlichen Lebenslust, der Munterkeit, der Lebhaftigkeit; Schwinden der Kräfte, Müdigkeit, Abmagerung, bleifarbenem, ein wenig gelblichem Teint, aber ohne Icterus. Mit einem Wort, anhaltendes Unwohlsein mit gestörter Ernährung, aber ohne Möglichkeit, die Localisation zu bestimmen. Nach und nach treten verschiedene Digestionsstörungen auf, Verlust des Apetites, Symptome der Dispepsie, Flatulenz, Meteorismus, Unwohlsein und Neigung zum Erbrechen, Verstopfung mit Anfällen von Diarrhoe, abdominales Unwohlsein, aber immer kein Icterus; ich bitte, meine Herren, dieses negative Zeichen wohl zu beachten.

Bis hieher, meine Herren, zeigte sich, wie Sie gesehen haben, kein gewöhnliches Symptom, das die Diagnose einer Lebererkrankung feststellen würde, noch weniger — wohl verstanden — das einer Hepatitis specifischer Ordnung.

Daher richtet sich auch, wie aus den Beobachtungen resultirt in dieser Periode der Erkrankung die Aufmerksamkeit nicht auf die Leber. Es gibt nur eine Ausnahme für diese zwei Reihen von Fällen, die aber übrigens sehr selten ist, mämlich:

1. Diejenige, wo mehr oder weniger lebhafte Schmerzen, die von einer Perihepatitis stammen, von den Kranken in der Gegend des rechten Hypochondriums angegeben werden und die manchmal eine Lebererkrankung vermuthen, sogar bestätigen lassen;

2 dann, wenn gegen die Regel und unter noch nicht bestimmtem Einfluss in dieser Periode der Erkrankung ein wirklicher Icterus erscheint.

Aber lassen wir diese exceptionellen Fälle beiseite und sagen wir, dass es beinahe die allgemeine Regel ist und dass das erste Symptom, welches auf die Spur einer Lebererkrankung führt, eine gewisse Anschwellung des Abdomens ist, eine Vergrösserung des Abdomens, die, wie die Percussion beweist, von einem peritonealem Ergusse abhängt. Natürlicherweise untersucht man die Leber, sobald man diesen Ascitis constatirt hat, und man kann dann an diesem Eingeweide diese oder jene organische Veränderung nachweisen, von denen ich bald sprechen werde. Aber für diesen Augenblick verweilen wir beim Ascites, welcher, wie ich wiederhole, chronologisch das primäre Zeichen der Affection ist.

Der Ascites ist eines der constantesten Symptome der hereditär syphilitischen Cyrrhose. Es ist unnöthig, zu sagen, dass er nicht Specifisches, überhaupt nichts zeigt, was seinen syphilitischen Ursprung an-

zeigen könnte. Heimtückisch und latent im Beginn, eben wegen der gewöhnlichen Abwesenheit der Schmerzen, wächst er weiter fort in einer continuirlichen und langsamen Form, um endlich allmälig das Abdomen beträchtlich auszudehnen. In diesem Augenblick nun complicirt er sich mit allen Nebenphänomenen der mehr oder weniger ergiebigen peritonealen Ergüsse, als da sind: die Ausdehnung der Abdominalvenen, das Hinaufdrängen des Diaphragmas, das consecutive Oedem der unteren Gliedmassen. Dieser Ascites ist stabil und permanent. Er widerstrebt jeder Behandlung mit Ausnahme einer einzigen, die ich nicht erst zu nennen brauche. Diese letztere ist aber nur in einer gewissen Periode und vor der Bildung einer definitiven Sclerose der Leber von Erfolg begleitet. Er ist selbst widerspenstig gegen die Punctionen, die nur eine Entleerung bewirken, ohne die Ursachen zu beseitigen. Man hat mehrere Fälle gesehen, wo man ihn Schlag für Schlag mit der gewöhnlichen Hartnäckigkeit des Ascites aus einer organischen Ursache, sich hat erneuern sehen und zwar nach 2, 3, 8 und 13 Punctionen. Wenn einmal durch den Ascites die Aufmerksamkeit erregt ist, so wird sich die Diagnose durch Untersuchung der Leber vervollständigen. Drei Reihen von Kennzeichen sind hier zu suchen, nämlich

1. Das Volum der Leber,
2. Die Veränderung der Gestalt, die sie eingehen kann,
3. Die Modificationen der Consistenz.

Ich bin weit entfernt, zu behaupten, dass alle diese drei Zeichen sich in allen Fällen finden lassen, um so mehr als sie oft nicht klinisch nachzuweisen sind, selbst dann, wenn die Erkrankungen, die sie verursachen, wirklich existiren. Aber ich sage, dass in allen jenen Fällen sie aufgesucht werden müssen und mit Sorge und mit Genauigkeit und mit Beharrlichkeit aufgesucht werden müssen. Denn die Constatirung eines oder des andern unter ihnen kann sofort die Diagnose aufhellen.

Dasjenige, was sich zumeist bei der Beobachtung zeigt, ist die sichtliche Hypertrophie der Leber, das ist ihre Zunahme an Volumen. Gewöhnlich findet man dieses Eingeweide in seinen Proportionen vergrössert und den Rippenrand in verschiedener Ausdehnung überragend. Es ist nicht selten, dass die Leber die Rippen mehrere Centimeter überragt und man hat sie selbst bis zum Niveau des Nabels, ja selbst bis zur crista iliaca herabreichend gefunden.

Im Gegentheil aber, und dies vorzüglich in einer vorgerückten Periode der Erkrankung, hat man sie in ihrem Volumen verkleinert, und wie geschrumpft gefunden.

Manchmal verbindet sich mit der Vergrösserung des Volums dieser Drüse eine mehr oder weniger beträchtliche Veränderung in der Form des Organs, dessen unterer Rand eine unregelmässige Curve beschrieb oder deren Oberfläche ungleich, höckerig, warzig, lappig sich anfühlt.

Seltener noch, und ich kann beinahe sagen, ausnahmsweise, zeigt die Untersuchung Ungleichheit der Consistenz an der zugänglichen Oberfläche des Organs, d. h. umschriebene Indurationen, isolirte Kerne von einer ungewohnten Resistenz, die an die Krebsknoten erinnern.

Diese verschiedenen Veränderungen des Volums, der Form und vorzüglich der Consistenz sind unter gewöhnlichen Bedingungen sehr schwierig zu erkennen. Aber sie können sehr deutlich und sofort durch eine Punction des Abdomens unterschieden werden, so dass ich mich

oft gefragt habe, ob es nicht von Vortheil wäre, vermittelst dieser Procedur die Nachforschung einzuleiten, nachdem ja die Unschädlichkeit der Punction des Ascites bekannt ist. Als Beispiel werde ich Ihnen einen Fall erwähnen, wo nach einer Punction, bei der mehrere Liter Flüssigkeit entleert wurden, man auf die leichteste Weise der Welt den unteren Rand der ungleich abgerundeten, an einigen Stellen harten und wie mit Knoten besaeten Leber fühlen konnte, alles Zeichen von hoher Wichtigkeit, die uns vollkommen entgangen waren und die, wie ich hinzufüge, selbst bei einer minutiösen und verlängerten Untersuchung nicht, absolut nicht zu fühlen waren, solange das Abdomen durch einen mittelmässigen Ascites ausgedehnt war.

Wir wollen also, um diese Skizze der Erkrankung zu vervollständigen, 2 folgende wichtige Punkte noch angeben.

Sehr häufig mit den Lebererkrankungen besteht eine mehr weniger beträchtliche Hypertrophie der Milz und ebenso häufig sind Complicationen mit Erkrankungen der Nieren, die sich durch Gegenwart einer veränderlichen Quantität von Albumen im Urin verrathen.

Ich brauche nicht zu erwähnen, dass diese Krankheit, wenn sie sich selbst überlassen bleibt und nicht der einzigen Behandlung, die ihr nützlich sein kann, unterworfen wird, sich allmälig verstärkt, und zwar sowohl durch Verschärfung der verschiedenen Symptome, die vorangegangen sind, als auch durch das Hinzutreten einer ganzen Reihe von allgemeinen Leiden, welche diejenigen der schweren Lebercyrrhose sind. Mit einem Wort, es handelt sich um progressive Kachexie, die als Vorspiel des Ablebens dient.

Viel wichtiger aber ist, dass diese Affection durch specifische Behandlung geheilt werden kann, sobald ihre Natur erkannt ist.

Hierüber waltet kein Zweifel. Einerseits bestehen zahlreiche klinische Beobachtungen in dieser Richtung, andererseits ist die Thatsache nicht minder durch anatomisch pathologische Fälle bestätigt, in denen man bei Kranken, die an anderen Leiden gestorben waren, unzweifelhaft alte hepatitische Erkrankungen geheilt vorfand. Ein schönes Beispiel dieser Art liefert uns der früher citirte Fall von Hutchinson. Er bezieht sich auf einen hereditär-syphilitisch Kranken, welcher in seiner Kindheit von Lebererkrankungen befallen war (Hypertrophie der Leber mit Ascites), von der er durch eine Jodbehandlung genas. Später erlag er Nieren- und Lungenerkrankungen. Die Autopsie zeigte, wie Sie wissen, die Spur der alten Lebererkrankung unter der Form einer gelappten, fissurenreichen, an einigen Stellen harten, hier und dort durch fibröse Productionen geschrumpften Leber.

Ebenso hat Lannelongue bei einem hereditär syphilitischen Kinde, welches plötzlich von einer Diphtheritis dahingerafft wurde, eine ganz gelappte, deformirte, an der Oberfläche mit Furchen und Narben bedeckte, in der Tiefe mit zahlreichen fibrösen Herden durchsetzte Leber gefunden; alles Laesionen, welche auf eine alte, interstitielle Hepatitis hinwiesen, welche vor mehreren Jahren bestand und welche durch eine specifische Behandlung geheilt worden war.

Diese Lebererkrankungen der hereditären tardiven Syphilis sind, wenn sie rechtzeitig oder selbst in einer mittleren Zeit ihrer Entwicklung diagnosticirt und bekämpft werden, einer Resolution und im Allgemeinen, wenn auch nicht immer leicht, einer Genesung fähig.

Als Beispiel dieser Art kann ich Ihnen keinen besseren, als folgenden Fall mittheilen, welchen ich Doctor Crequy verdanke.

Ein Kind von 3 bis 4 Jahren, welches von einem syphilitischen Vater, einer gesunden Mutter stammt, zeigt unklare und unbestimmte Symptome, Verlust des Apetites, Digestionsstörungen, Schwäche, Blässe mit bleifarbenem Teint, Abmagerung. Man weiss anfänglich nicht, was dieser Zustand bedeuten soll; später erscheint eine leichte ikterische Färbung des Gesichtes. Die Aufmerksamkeit richtet sich nun auf die Leber, die man beträchtlich hypertrophirt findet. Bei Ausschluss einer anderen Ursache und vorzüglich in der Erinnerung an die Antecedentien des Vaters verschreibt Doctor Crequy die specifische Behandlung unter der Form des Liquor van Swieten. Sogleich zeigt sich eine bemerkenswerthe Besserung: Verschwinden des Icterus, Abschwellen der Leber, Herstellung der Gesundheit, kurz eine rasche Genesung.

20 Monate später treten identische Symptome auf. Abermals leichter Icterus und beträchtliche Vergrösserung der Leber, abermals dieselbe Behandlung und abermals Verschwinden der Erscheinung mit einer ebenso erstaunenden, als bezeichnenden Raschheit.

Was man aber noch wissen muss und was sicher kaum glaublich erscheint, ist, dass die specifische Behandlung ähnliche Heilungsresultate in den vorgeschrittenen und schweren Fällen hervorbringen kann; wenn die Leber schon ein beträchtliches Volum erreicht hat und schon mehr oder weniger ernste Allgemeinstörungen im Gange sind. Byrom Bramwell hat durch diese Behandlung ein 12-jähriges hereditär-syphilitisches Kind geheilt, dessen ausserordentlich vergrösserte Leber bis zum Nabel herabstieg.[1])

Hugo Engel hat einen Fall bei einem kleinen 10-jährigen Mädchen erwähnt, das infolge von Symptomen derselben Art, die ein Jahr früher auftraten, in den Zustand einer wirklichen Kachexie gekommen war und schon einen beträchtlichen Ascites darbot. Das Kind, sagte er, war abgemagert, abgezehrt, geschwächt, von senilem Aussehen; man musste den Bauch punctiren und entleerte $4^1/_2$ Liter Flüssigkeit; dann wandte man Quecksilbereinreibungen und Jodkali in allmälig steigenden Dosen an. Nach 2monatlicher Behandlung war das Kind bei bester Gesundheit. Nochmehr: die specifische Behandlung hat in solchen Fällen manchmal ganz erstaunende und beinahe aussergewöhnliche Heilungen gebracht.

So hat Doctor Hutchinson unter dem Einflusse des Jodkali eine Frau von 34 Jahren, die wahrscheinlich hereditär-syphilitisch war und die eine specifische Erkrankung der Leber zeigte, mit einem Ascites, der auf drei Jahre zurückreichte, mit Anasarca und allgemeinen schweren Symptomen, die schon 30 Punctionen durchgemacht hatte, die Gesundheit wieder erlangen gesehen.

Es ist wohl nun genug gesagt, meine Herren, dass der hereditären Syphilis in der Aetiologie der Lebererkrankungen eine grosse Wichtigkeit zukommt, es ist genug gesagt, dass es ein praktisches Interesse hat, in allen diesen Fällen, wo Zufälle dieser Art sich bei einem Kinde, oder selbst bei einem Erwachsenen zeigen, die Syphilis in den Antecedentien des Kranken als einer mögliche Ursache der Erkrankung und zwar nicht allein in den persönlichen Antecedentien des Kranken, sondern auch bei seinen Ascendenten, zu suchen.

[1]) The medical Times 1877. t. II. p. 670.

LI.

Erkrankungen der Nieren.

Die Nierenerkrankungen bilden sehr häufig Erscheinungen der hereditären Syphilis des ersten Lebensalters der Kinder. Dies ist eine unläugbare Thatsache, welche hunderte von Beobachtungen zur Genüge beweisen werden.

Werden nun diese Affectionen in einem vorgeschrittenen Alter als unläugbare Zeichen der hereditären Syphilis auch gefunden?

Diese Thatsache ist nicht weniger sicher und dieses zweite Factum ist ebenfalls durch eine Zahl von Fällen, die Hutchinson, Dowse, Laschkewitz, Coupland, Schwimmer, Bartels erwähnen, erhärtet.

Zwei Beobachtungen dieser Art stehen mir persönlich zur Verfügung.

Ein von syphilitischen Eltern abstammendes Individuum, hatte in der Kindheit doppelseitige Kerato-Iritis, später zwischen 11 und 21 Jahren zeigten sich ausserordentlich viele Knochenerkrankungen und zu gleicher Zeit eine Hypertrophie der Leber, Ascites, Haematurie und Albuminurie; — provisorische Besserung dieser Erscheinungen durch Jodkali. Später Recidive der Nierensymptome, complicirende Lungenerkrankung, progressive Kachexie und Tod. — Bei der Autopsie fand man neben anderen Erkrankungen die Nieren sehr atrophirt, verdünnt und granulirt.

Ebenso hat bei der Autopsie eines Mädchens von 12 Jahren, das von einem syphilitischen Vater stammte und viele unläugbar syphilitische Anzeichen geboten hatte, Dowse einerseits gummöse Erkrankungen des Gehirns mit Endarteritis der Arterien an der Gehirnbasis und andererseits eine amyloide Degeneration der Leber und der Nieren gefunden.

Aber wenn auch die Existenz dieser Nephritiden als mögliche Erscheinungen der tardiven hereditären Syphilis unbestreitbar ist, so müssen wir doch zugestehen, dass unsere Kenntnisse über dieselben noch sehr beschränkte sind.

Was sind eigentlich diese Nephritiden? Welche anatomische Formen rufen sie mit besonderer Vorliebe hervor? Was für eine Entwicklung, welchen Gang nehmen sie? Bis zu welchem Punkte und in welchem Verhältnisse sind sie einer specifischen Behandlung zugänglich?

Nichts von all' dem können wir heutzutage beantworten. Wir besitzen jetzt nur einige Beobachtungen, die sich auf Erkrankungen dieser Art beziehen und es wäre absolut verfrüht, heutzutage eine Gesammtarbeit über diesen Gegenstand zu liefern. Begnügen wir uns also mit dem, was wir wissen und erwarten wir von weiteren Erfahrungen eine Ergänzung unseres jetzigen Wissens.

1. Verschiedene Formen der Nephritis sind bis heute als Spätformen der hereditären Syphilis erkannt worden.

2. Ein gemeinsamer Charakter vereint alle diese Formen, das ist die chronische Form der Nierenerkrankungen. Alle bestehen in nicht entzündlichen Processen, in der torpiden und langsamen Degeneration, in der das entzündliche Element keinen Platz hat.

3. Zwei Formen erscheinen (ich sage erscheinen, um mich nicht für die Zukunft zu engagiren) häufiger als die anderen, nämlich die parenchymatöse Nephritis und die amyloide Degeneration der Niere.

4. Die interstitielle Form mit der kleinen geschrumpften Niere scheint seltener beobachtet zu werden.

5. Die gummöse Form, wenigstens diejenige mit den isolirten und deutlich umschriebenen gummösen Herden, kann als ausnahmsweise betrachtet werden.

Das, was wir noch im Namen der klinischen Beobachtung hinzufügen können, ist, dass die verschiedenen Nephritiden nicht immer, wie man glaubte, in der Gestalt einfacher Begleitphänomene auftreten oder sich als letzter Abschluss dessen, was man die venerische Kachexie nennt, einstellen. Man hat sie nicht nur bei kachektischen Individuen, die schon durch andere Erscheinungen der hereditären Syphilis erschöpft waren, gefunden. Man hat sie auch in einer gewissen Zahl von Fällen bei sich wohlbefindenden Individuen gefunden und zwar in der Form von primären prothopathischen Erscheinungen.

Im Ganzen, wenn diese Nephritiden manchmal beobachtet werden (besonders in ihrer speciellen, der amyloiden Form), wo man sie als secundär betrachten kann, sind sie doch nichtsdestoweniger Affectionen, die allen denjenigen, die wir früher studirten, identisch sind, das heisst solchen Affectionen, die allein ein pathologisches Bild der tardiven hereditären Syphilis begründen und bilden können.

Ich werde Ihnen nichts über die Symptome dieser Nephritiden erzählen aus dem guten Grunde, weil sie klinisch nichts Specielles zeigen; ich werde Ihnen nur wenige Worte über folgende zwei Punkte sagen:

1. Einerseits über die Art ihres Anfanges, der immer dunkel, langsam, ausserordentlich heimtückisch und beinahe latent ist. Daher resultirt die Regel für den Arzt, niemals bei einem klinischen Bilde von unausgesprochenem und vagem Ausdrucke, die Untersuchung des Urins zu unterlassen;

2. andererseits ihre sehr oft complicirte Symptomatologie, die durch die häufige Vergesellschaftung mit anderen Eingeweideaffectionen sich auszeichnet; dies verdient eine besondere Erwähnung.

Denn bei der Analyse der Beobachtungen, über die wir jetzt verfügen, sind die Nephritiden der hereditären tardiven Syphilis in der enormen Mehrheit der Fälle mit Erkrankungen desselben Ursprungs vergesellschaftet, die die Leber, die Niere oder selbst diese beiden Eingeweide zusammen befallen.

In dem Falle von Dowse bestand eine amyloide Erkrankung der Nieren zugleich mit einer ähnlichen Erkrankung der Leber. — In dem Falle von Hutchinson fand man zugleich eine Nieren- und eine Lebersclerose. — Die Beobachtung von Coupland bezieht sich auf eine parenchymatöse Nephritis, welche einerseits mit gummösen Erkrankungen der Leber, andererseits mit einer indurirten Hypertrophie der Milz einherging.

Ebenso constatirte man bei dem kleinen Kranken von Laschkewitz folgende Erscheinungen: die gelappte Leber (Typus der syphilitischen Leber), die mehrere gummöse, theilweise erweichte Tumoren enthielt; amyloide Milz und amyloide Nieren u. s. w., so dass man mit sehr seltenen Ausnahmen das Factum einer Vergesellschaftung dieser Nephritiden mit verschiedenen Erkrankungen der Leber und der Milz als beinahe normal hinstellen kann.

Die grosse Wichtigkeit, welche diesen Nephritiden zukommt, erhellt ganz klar aus der Aufzählung ihrer vorher erwähnten Krankheitsformen.

Der Tod ist der häufigste Abschluss. Es muss aber erwähnt werden, dass beinahe in allen Fällen, über die wir bis jetzt verfügen, entweder die Natur der Krankheit sehr spät erkannt wurde oder aber die Behandlung in einer nicht genug energischen Weise angewandt wurde.

Was würde unter gegentheiligen Bedingungen geschehen sein? — Ich wage nichts Gewisses zu behaupten. Aber gewiss ist, dass die Heilung dieser Nephritiden nicht ausserhalb der Möglichkeit unserer Kunst liegt. Man kennt schon einige Fälle, wo der Einfluss der specifischen Behandlung sich in einer günstigen Weise geäussert hat. Der Kranke von Hutchinson z. B. wurde vom ersten Anfall einer Albuminurie geheilt und erlag erst später einer Recidive ähnlicher Art, die mit Lungenerkrankung combinirt war. Bei dem Kranken von Bartels verschwand das Albumen aus dem Urin für länger als ein Jahr. Von eben diesem Autor existirt noch eine sehr interessante Beobachtung, die sich auf ein junges Mädchen bezieht, welches von verschiedenen syphilitischen Erkrankungen befallen war (nämlich von sehr starker Albuminurie, von Ascites, Anasarca, von beträchtlicher Hypertrophie der Milz), und die von allen diesen Erscheinungen durch Jodkali geheilt wurde. Bartels selbst stellt eben diesen interressanten Fall als Specimen einer amyloiden Degeneration der Nieren und der Milz dar, die die Folge hereditärer Syphilis war und durch specifische Behandlung geheilt wurde.

Wie dem auch sei, eine praktische Lehre erhellt aus dem Vorangegangenen, nämlich, dass der hereditär-syphilitische Einfluss von nun an, bei der Aetiologie der Nephritiden, welche sich in der Kindheit und im heranwachsenden Alter zeigen, in Rechnung gezogen werden muss. Es ist das sicher ein Factor, mit dem man sich bisher nur wenig beschäftigt hatte, insoweit es den möglichen Ursprung der Nierenerkrankungen, die ein gewisses Alter überschritten haben, betrifft. Um klarer zu sprechen: wie viele Praktiker unserer Tage würden daran denken, bei einer Albuminurie, die sich bei einem Adolescenten entwickelt hat, eine Untersuchung über die specifischen Antecedentien des Kranken anzustellen? Nun, gerade diese Antecedentien können in ihrer Art eine wichtige Bedeutung von dreifachem Gesichtspunkte die der Aetiologie, der Prognose und der Behandlung haben, sowie dies aus den Fällen resultirte, die wir eben erwähnten. Erinnern wir uns also, dass für die hereditäre tardive Syphilis in der Aetiologie dieser Nierenerscheinungen ein Platz bleiben soll.

LII.

Erkrankungen der Milz.

Zuletzt, meine Herren, muss ich Ihnen noch der Milzerkrankungen als mögliche Folge der hereditären tardiven Syphilis erwähnen.

Obwohl sehr häufig im ersten Lebensalter, wird die hereditär-syphilitische Erkrankung der Milz über die ersten Jahre des Lebens hinaus seltener. Ich habe jedoch in meiner Statistik etwa 15 Fälle, die sich auf Personen im Alter von 7 bis 23 Jahren beziehen.

Vorerst wollen wir eine Eigenthümlichkeit, die sehr aussergewöhnlich ist, erwähnen.

Es scheint nicht, dass diese Laesionen derart sind, dass sie allein auftreten, wenigstens ist es eine Thatsache, welche aus den Beobachtungen, die bis heute publicirt worden sind, erhellt. In allen diesen Beobachtungen, waren ohne Ausnahme die Milzerkrankungen der hereditären tardiven Syphilis immer mit Erkrankungen der Leber oder der Nieren oder mit diesen beiden Erkrankungen vergesellschaftet. Die zahlreichen Beispiele dieses interessanten Zusammentreffens, die ich schon in den vorhergehenden Capiteln citirt habe, entheben mich, sie hier neuerdings aufzuzählen.

Wie verhalten sich nun diese Milzerkrankungen anatomisch und histologisch? — Sie sind ganz sicher verschiedener Art. Ein sehr klar gezeichneter Typus ist die amyloide Degeneration, welche sich in einer genügenden Anzahl von Beobachtungen bei den Kranken von Dowse, Laschkewitz und Bartels erwähnt finden.

Aber andere Typen bleiben absolut unbestimmbar, was ihr inneres Wesen betrifft. In was bestehen z. B. diese Erkrankungen, welche man so oft unter dem vagen Namen „der hypertrophirten Milz,“ der „Splenomegalie“ oder besser noch der „indurirten Milz, der fibrösen Milz“ findet? — Die Histologen haben sich noch nicht über die Natur dieser anatomischen Erkrankungen, die wahrscheinlich complicirt und verschieden sind, ausgesprochen. Wir wollen jedoch einen Punkt erwähnen, der ein praktisches Interesse hat.

Mehr als einmal haben diese Hypertrophien der Milz, welche beträchtlich und colossal sein können, die Beobachter über ihre Natur getäuscht und haben an die Existenz oder an das Eintreten einer Leucocythaemie glauben lassen. Jedenfalls ist es nicht zweifelhaft, dass verschiedene Erkrankungen der Milz von einem specifischen Ursprunge abzuleiten sind. Ihre Specifität erhellt in aller Klarheit aus den beiden folgenden Betrachtungen: erstens einmal aus ihrer bedeutsamen Häufigkeit bei Personen, die mit hereditärer Syphilis behaftet sind, und zweitens aus dem Einfluss, der auf sie durch die specifische Behandlung ausgeübt wird. Es sind dies in der That Erkrankungen, die ausserordentlich empfänglich für Besserung, ja welche selbst der Rückbildung unter der antisyphilitischen Behandlung fähig sind.

Zahlreich sind schon die Fälle, wo man, sei es bei der Syphilis des Jugendalters, sei es bei Personen eines vorgerückten Alters, Milzanschwellungen, die mehr oder weniger beträchtlich, enorm, selbst colossal waren, infolge einer genügenden und prolongirten specifischen Behandlung sich vermindern und verschwinden gesehen hat.

Wir wollen, insoferne sie die hereditäre tardive Syphilis betreffen, einige Beispiele citiren:

1. Fall von Byrom-Bramwell. Hereditär-syphilitisches Kind von 12 Jahren; Hypertrophie der Leber, welche bis zum Nabel reicht, Hypertrophie der Milz; specifische Behandlung, Heilung. [1])

2. Eigene Beobachtung: Hereditärsyphilitisches Kind von 10 Jahren; zahlreiche Erscheinungen der hereditären Syphilis (Syphiliden, Keratitis, Otorrhoe, Knochenerkrankungen). Um das 10. Jahr herum Icterus, bemerkenswerthe Vergrösserung der Leber. Die Milz sehr voluminös, — Beginnender Ascites — gemischte Behandlung, mercurielle Einreibung und

[1]) The medical Times 1877 t. II. p. 670.

Jodkali. — Rasche Genesung, vollständige Rückkehr der Leber und Milz zu ihren normalen Dimensionen.

3. Fall von Bartels. — Junges, wahrscheinlich hereditär-syphilitisches Mädchen; zahlreiche und verschiedene specifische Erkrankungen, nämlich: Knochenerkrankungen, chronische Coryza, Nekrose der Nasenbeine, Perforation der Nasenscheidewand, Einsinken der Nase, rasche Taubheit, welche bald absolut wird, Anasarca, Ascites, Albuminurie, beträchtliche Anschwellung der Milz, Behandlung durch Jodkali, Heilung.

LIII.

Nun, meine Herren, ist das Programm erschöpft. Ich habe die Revue und das Studium der hauptsächlichsten Erscheinungen, durch welche sich in einem mehr oder weniger späten Zeitraum der Einfluss der hereditären Syphilis äussert, beendet.

Habe ich alles gesagt? Habe ich keinen Zug des Gemäldes vergessen? — Fern von mir sei der Gedanke! Und in der That, wenn mein Ehrgeiz so gross wäre, keinen der Punkte, welche auf unseren Gegenstand Bezug haben, unberührt zu lassen, so würde ich noch hier mehrere Capitel, die sich auf den möglichen, ja wahrscheinlichen Einfluss der Erkrankung auf verschiedene Veränderungen des arteriellen Systems (vorzüglich der Aorta), des Muskelsystems, der Eingeweide, der Thyreoidea beziehen, vortragen. Aber ich könnte Ihnen einerseits über diese letzteren Erkrankungen zu wenige Thatsachen erwähnen, aus welchen ich Schlüsse ziehen könnte und andererseits, zu was wäre es gut, die Aufzählung der hereditär-syphilitischen Erkrankungen auf einem weniger sicheren Terrain, als auf dem wir uns jetzt bewegt haben, weiter zu verfolgen.

Das wirkliche Interesse unseres Gegenstandes beruht weniger in der Frage, zu wissen, ob diese oder jene besondere Erscheinung in den Rahmen der tardiven, hereditären Syphilis passt oder nicht, als vielmehr in dem Nachweis, dass der hereditär-syphilitische Einfluss fähig ist, die specifischen Laesionen kürzere oder längere Zeit nach der Geburt, das will sagen, in der zweiten Kindheit, in der Adolescenz, selbst im reifen Alter hervorzubringen. Ich glaube, diesen Beweis thatsächlich durch zahlreiche Beispiele, welche ich Ihnen vorführte, erbracht zu haben. Es scheint mir daher unnöthig zu sein, diese Abhandlung durch Aufzählung einiger Eigenthümlichkeiten ohne grosse Wichtigkeit, noch umfangreicher zu gestalten. Deshalb werde ich hier innehalten, indem ich ohne Bedauern einige geringfügige Details aufopfere, und der Zukunft und der späteren Beobachtung es überlasse, diesen Gegenstand zu vervollständigen und in einer ernsten Arbeit die präcisen Einwirkungen der hereditären Syphilis auf verschiedene organische Systeme zu schildern.

Dritter Theil.

Die in der Jugend acquirirte Syphilis.

Parallele zwischen der in der Kindheit acquirirten Syphilis und der tardiven hereditären Syphilis. [1])

Ich habe jetzt mit Ihnen, meine Herren, einen Theil der verschiedenen klinischen Zeichen, die zur retrospectiven Diagnose der tardiven hereditären Syphilis dienen, und andererseits die Erscheinungen, durch welche sie sich äussert, wenigstens in den allgemeinsten Formen besprochen. Streng genommen könnte ich jetzt meine Aufgabe für beendigt betrachten. Aber ich hege Bedenken, meinen Gegenstand auf diese Weise zu beschliessen. Es würde mir scheinen, einen Einwurf ohne Antwort zurückzulassen, einen bedeutenden Einwurf, der mit allem seinem Gewicht auf die Gesammtheit der gewonnenen Resultate drückt und der einen Zweifel an der Authenticität derselben in Ihnen zurücklassen könnte. Sie kennen diesen Einwurf, da ich schon mehr als einmal in dem Vorhergehenden darauf hingewiesen habe. Er besteht darin, der acquirirten Syphilis alles das zuzuschreiben, was der hereditären tardiven Syphilis zukommt.

Wie oft haben nicht meine Collegen und Freunde mir Vorwürfe gemacht, dass ich der specifischen Heredität eine zu grosse Wichtigkeit auf Kosten zufälliger oder anderer Ansteckungen zuschreibe, welche auf das Kind einen Einfluss üben und die unbemerkt bleiben können. Man hat mich beinahe angeklagt, die acquirirte Syphilis der Kindheit nicht zu kennen, wenigstens sie mir nicht genügend vor Augen zu halten.

Nun, um diesem Vorwurf und dieser Anklage zu begegnen, weiss ich keinen besseren Vorgang, als denjenigen des alten Philosophen nachzuahmen, welcher, um die Bewegung zu beweisen, selbst zu gehen anfing. So werde ich es auch machen, und um Ihnen meinerseits zu zeigen, dass ich die acquirirte Syphilis der Kindheit nicht verkannt, vernachlässigt oder in Schatten gestellt habe, werde ich sie Ihnen beschreiben. Ich will sie wenigstens in ihren Hauptzügen beschreiben, in denjenigen, die man in Parallele mit den correspondirenden Erscheinungen der hereditären Syphilis setzen kann.

Ich werde um so weniger von diesem Annex unseres Gegenstandes abgehen, als Sie mit mir verschiedene Erwägungen finden werden, die ich Ihres Interesses für würdig halte.

I.

Wenn wir bei einem Kinde oder einem Adolescenten, d. i. bei einer Person, die unterhalb der gewöhnlichen venerischen Ansteckungszeit steht, syphilitische Erscheinungen vorfinden, so bieten sich uns zwei Hypothesen als mögliche Erklärungen dar. Diese zwei Hypothesen sind die folgenden:

[1]) Der III. Theil dieses Buches ist nach meinen Aufzeichnungen von Doctor Bruchet redigirt.

Entweder stammt die Syphilis dieser jugendlichen Person von einer hereditären Infection her oder sie ist das Resultat einer persönlichen Ansteckung, deren Opfer die fragliche Person wurde. Hereditäre Syphilis in dem einen Fall, acquirirte in dem andern.

Unter diesen zwei Hypothesen ist jedoch eine, an die man sich sofort hängt, und die man sofort mit allem Recht für die ganze Ursache hält, das ist die erste. Da dieses Kind oder dieser Adolescent, sagt man, die Syphilis hat, so hat er sie aller Wahrscheinlichkeit nach von seinen Eltern, d. h. von seinem Vater oder von seiner Mutter oder von beiden zugleich.

Was die zweite Hypothese betrifft, so denkt man, wenigstens vom Anfang an, nicht an dieselbe, oder man hält sie nicht fest. Man thut dies sicher nicht, weil man die Möglichkeit einer directen Ansteckung eines Kindes nicht kennt, sondern desshalb, weil eine Eventualität dieser Art a priori wenig zulässig erscheint. Und warum wenig zulässig? Weil im Principe man oder wenigstens die Mehrheit unserer Collegen die acquirirte Syphilis der Kindheit als eine Seltenheit, selbst als eine ganz aussergewöhnliche Ausnahme betrachtet, die man nicht in Rechnung zu ziehen braucht.

Ueber den letzten Punkt mich auszusprechen, halte ich mich durch persönliche Erfahrung für berechtigt. Oft ist es mir sowohl in der Spitals- als auch in der Privatpraxis begegnet, dass ich Diagnosen dieser Art aufstellen musste, d. h. dass ich dem Ursprung tertiärer, syphilitischer Erscheinungen, die sich an Kindern oder an jungen Leuten entwickelt hatten, nachforschen musste; und wenn ich beim Fehlen specifischer Antecedentien in der Familie dahingelangte, die Hypothese einer acquirirten Syphilis als die mögliche Ursache der fraglichen Zustände aufzustellen, so habe ich sehr oft meine Meinung mit einem unzweifelhaften Missfallen aufgenommen sehen.

Ohne Zweifel, sagte man mir, Ihre Hypothese, ist streng genommen, annehmbar, denn man hat Kinder gerade so wie die Erwachsenen Syphilis erwerben gesehen, aber das ist so selten und man kann nicht bei einer Unwahrscheinlichkeit einer solchen Art beharren.

Nun, meine Herren, gerade gegen diese Meinung, gegen dieses Vorurtheil ergreife ich das Wort, und werde ich dieselbe durch zahlreiche Beispiele widerlegen. Man sagt, dass die acquirirte Syphilis der Kindheit eine seltene, sogar ausnahmsweise Eventualität ist. Ja, man weigert sich sogar, sie als eine mögliche oder wahrscheinliche Ursache der tertiären Erscheinungen, die man bei Kindern und Erwachsenen findet und die nicht durch eine hereditäre Uebertragung erklärlich sind, zuzulassen. Ich habe ganz im Gegentheil die Ueberzeugung, dass diese acquirirte Syphilis der Jugendzeit nicht allein eine authentische Thatsache ist, welcher übrigens niemand widerspricht, sondern dass sie eine viel weniger seltene Thatsache ist, als man gewöhnlich meint, eine Thatsache, die nicht im entferntesten die Bezeichnung exceptionell oder ausnahmsweise verdient.

Aus den vorgeführten Beweisstücken werde ich noch den Lehrsatz ableiten, dass die acquirirte Syphilis der Kindheit als die mögliche und plausible Ursache einer gewissen Anzahl von Fällen, die ohne dieselbe im Zustand eines ungelösten Geheimnisses wären, ins Gewicht fällt.

Die Frage stellt sich folgenderweise: Sieht man oder sieht man nicht, dass Kinder oder Adolescenten eine Syphilis durch persönliche Ansteckung sich zuziehen und infolge dieser Ansteckung die gewöhnlichen Erscheinungen der acquirirten Syphilis zeigen, d. h. erstens einmal einen Primäraffect an der Stelle, wo die Ansteckung erfolgt ist, zweitens einen symptomatischen Bubo dieses Schankers und drittens nach einiger Zeit secundäre Erscheinungen und zwar secundäre Erscheinungen wie selbe einem Schanker gewöhnlich nach kurzer Zeit folgen? — Ja wohl, diese Fälle findet man. Sie finden sich sicher nicht sehr häufig (denn um eine wahre Thatsache festzustellen, werde ich mich hüten, die Sachen zu übertreiben), aber sie finden sich doch so oft, dass es nicht recht wäre, sie exceptionell oder selten zu nennen. Und in der That, wenn Sie die periodischen Aufzeichnungen der Medicin durchblättern, und ich spreche nicht einmal von Special-Arbeiten, so werden Sie erstaunt sein über die Anzahl der Fälle, die Sie bezüglich der syphilitischen Ansteckung der Säuglinge, Kinder jeglichen Alters, Adolescenten, mit einem Wort von Personen, die unterhalb des gewöhnlichen Alters der venerischen Ansteckung stehen, finden werden. Die Fälle dieser Art hält man für selten, weil sie spärlich und verstreut sind, aber vereinigen und sammeln Sie dieselben, wie ich es bei der Vorbereitung dieser Vorlesung thun musste, und Sie werden rasch zu einer beträchtlichen Gesammtsumme kommen, über die Sie erstaunt sein werden.

Ohne übrigens an die Erfahrung anderer zu appelliren, urtheilen Sie über das, was Sie hier in unseren Krankensälen sehen. St. Louis ist kein Kinderspital, man führt Kinder nur ausnahmsweise hieher, das hindert aber nicht, dass wir seit 2 Jahren in dem Dienste unserer Klinik 10 Kinder verschiedenen Alters gesehen haben, die alle an acquirirter Syphilis litten. Ich für meinen Theil fand in meinen persönlichen Beobachtungen 42 Fälle, die sich auf syphilitische Ansteckung von Kindern beider Geschlechter bezogen; und ich bin überzeugt, ebensoviele oder mehr beobachtet zu haben, über welche ich keine Aufzeichnung gemacht habe.

Sie sehen also, die acquirirte Syphilis der Kindheit hat einen gewissen Grad von Häufigkeit, eine grössere Häufigkeit als man ihr a priori zuschreibt, eine grössere, als man ihr im Allgemeinen zuschreibt.

Consequenterweise kann sie nun auch in einem vorgerückten Alter die Ursache von Erscheinungen sein, die identisch mit denen sind, die die hereditäre Syphilis hervorbringt und die wir soeben betrachtet haben. Dass wir diese acquirirte Syphilis des jugendlichen Alters studiren und sie in Parallele setzen mit der hereditären tardiven Syphilis, hat auch für uns als Ergänzung unseres Hauptgegenstandes Interesse.

II.

Die erste Frage, welche wir besprechen müssen, ist die ätiologische Frage, welche sich folgendermassen formulirt:

Welches sind die Quellen dieser acquirirten Syphilis für das Kind? Wie und unter welchen Bedingungen wird das Kind inficirt?

Gleich von Anfang an wollen wir zwei Thatsachen feststellen, die, obwohl sie negativ sind, nicht weniger wesentlich auseinanderzuhalten sind. Die acquirirte Syphilis des Kindes kommt nicht, kommt nie:

1. von demjenigen, was man die Ansteckung per partum (au passage) nennt (wir werden gleich hören, was dieser Ausdruck bedeutet);

2. nie von einer mütterlichen Syphilis, die vor der Niederkunft bestand.

Sie kommt niemals, niemals habe ich Ihnen gesagt, von einer Ansteckung per partum. Sie wissen, was man mit diesem Namen sagen will. Es ist eine Art der Ansteckung, deren Eigenthümlichkeit es wäre, dass eine syphilitische Mutter ein Kind, das bis dahin gesund war, im Augenblicke der Geburt selbst anstecken würde, im Momente der Passage dieses Kindes durch die Vagina und Vulva.

Ich nehme z. B. an, eine schwangere Frau ist an dem Tage ihrer Entbindung selbst mit syphilitischen Erscheinungen der Vulva, einem Schanker oder plaques muqueuses behaftet. Kann diese Frau durch diese Erkrankung, die sie thatsächlich hat, ihr Kind in dem Augenblicke, als es den vagino-vulvären Canal passirt, anstecken, da es doch während der Passage einige Zeit dort verweilt? — Warum nicht, hat man theoretisch gesagt. Warum könnte diese Frau das Syphilisgift nicht auf das Kind übertragen, da dasselbe mit ausserordentlich ansteckenden Laesionen in Contact war, ebenso wie sie nach den allgemein einmüthigen Anschauungen durch dieselben Krankheitserscheinungen das männliche Glied, welches sich gewiss kürzere Zeit dieser verderblichen Berührung aussetzt, anstecken würde? — Es mag sein, antworte ich, aber wo sind die Beobachtungen, welche die Authenticität einer solchen Art der Ansteckung für den Neugeborenen beweisen? — Suchen Sie diese Beobachtungen, meine Herren, und Sie werden sie vergeblich suchen. Ohne Zweifel werden Sie einige finden, die in diesem Sinne lauten. Aber nehmen Sie sich die Mühe, sie zu analysiren, zu sehen, was sie werth sind, und Sie werden mit mir, wie die Mehrzahl unserer Fachgenossen, überzeugt sein, dass sie für die Sache, die uns jetzt beschäftigt, gar nichts beweisen.

Es ist unnöthig, unsere Zeit mit der Kritik dieser Fälle zu verlieren, so sehr sind sie baar aller Bedeutung.

So spricht also heutzutage gegen diese Doctrin der Contagion per partum nur die Abwesenheit bestätigender Beobachtungen. Niemals hat man ein Kind durch contagiöse Erscheinungen, die bei der Mutter im Augenblicke der Geburt existirten, angesteckt gesehen. Niemals hat man das gesehen, was man sehen musste, wenn eine Ansteckung dieser Art wahrscheinlich wäre, d. h. ein Kind gesund geboren werden und dann 3 oder 4 Wochen später einen syphilitischen Primäraffect darbieten, dessen Ursprung auf die Erkrankung hätte zurückgeführt werden können, mit der die Mutter zur Zeit der Geburt behaftet gewesen ist.

Niemand, glaube ich sagen zu können, glaubt thatsächlich an die Art dieser Ansteckung, und niemand glaubt daran aus dem einfachen und ausgezeichneten Grunde, weil es keine Beweise gibt, um daran zu glauben.

Ich werde nicht bei den verschiedenen Gründen, welche man für diese negative Thatsache angeführt hat, verweilen.

Man sagt, z. B., es ist gar nicht erstaunlich, dass dieses Kind während dem Durchtritt durch die Geburtswege durch die Krankheitserscheinungen der Mutter nicht angesteckt wurde, denn es hat keine Wunden am Körper, welche dem Virus als Eingangspforte dienen könnten.

Dann: es ist weiter gegen die Ansteckung durch den fettigen Ueberzug, mit dem seine Haut bedeckt ist, geschützt. Es ist nicht weniger geschützt durch die reinigende Wirkung, welche die Entleerung der Fruchtwässer auf die Laesionen der Mutter und auf das Kind selbst ausübt.

Glauben Sie, meine Herren, ein besserer und viel besserer Grund als alle diese, bewahrt das Kind gegen das Risico einer Ansteckung während der Geburt; das ist die Syphilis, welche es unglücklicherweise in sich selbst trägt, sobald es von einer syphilitischen Mutter geboren wird. Sieht man denn oft, dass ein Kind, das von einer syphilitischen Mutter geboren wurde, die im Momente der Geburt selbst mit syphilitischen Erscheinungen bedeckt war, von Syphilis unversehrt geboren wird? Nein, nach allgemeiner Erfahrung! Und wenn, als seltene Ausnahme, dieses Kind in den ersten Monaten unversehrt bleibt, so wird die Zukunft beinahe immer zeigen, dass diese Immunität nur anscheinend und provisorisch war. Dieses Kind, welches man für den Augenblick für gesund halten konnte, ist nur zu oft ein künftiges Opfer der tardiven hereditär-syphilitischen Erkrankung.

Zweiter Punkt: Die acquirirte Syphilis des Kindes kommt niemals von einer maternellen Syphilis, die vor der Schwangerschaft da war. [1])

Wir wollen diesen Satz präcisiren:

Hier haben Sie eine Frau, welche, bevor sie schwanger wurde, mit Syphilis inficirt wurde; sie wird schwanger und gebärt; das Kind wird, wenigstens dem Anscheine nach, gesund geboren. Kann nun dieses Kind schliesslich die Syphilis von seiner Mutter bekommen infolge einer auf derselben sich entwickelnden ansteckenden Erscheinung, z. B. durch plaques muqueuses der Brust oder der Lippen?

Abermals nein. Dieses Kind, unter diesen Bedingungen geboren, hat nichts von seiner Mutter zu fürchten.

Das resultirt aus der Erfahrung; denn man hat nie in der Klinik folgende Form sich entwickeln gesehen: dass eine vor der Schwangerschaft syphilitische Mutter ein gesundes Kind gebärt und ihm dann später durch eine secundäre Erscheinung, die sich auf ihr entwickelt hat, einen Schanker überträgt.

Ja, dass eine Mutter, die nach der Geburt syphilitisch geworden ist, ihr Kind anstecken und ihm durch frisch auf ihr entstandene Plaques Syphilis übertragen kann, das ist eine ganz andere Sache. In diesem Falle kann die Mutter in der That ihr Kind anstecken und dies ereignet sich nur zu häufig. Ein Beweis sind die zahlreichen Beobachtungen an Ammen, die von ihren syphilitischen Säuglingen angesteckt wurden und dann ihr eigenes Kind inficirten. Das ist aber für den Augenblick nicht die in Discussion stehende Frage. Hier handelt es sich um Frauen,

[1]) Muss man eine Reserve offen lassen in Anbetracht der verschiedenen contradictorischen Thatsachen, welche in letzter Zeit publicirt worden sind?

Ja sicher, wenn die fraglichen Thatsachen authentisch sind. Sind sie aber authentisch? — Die Zukunft allein kann uns über diesen Punkt aufklären. In jedem Falle, wenn der oben ausgesprochene Satz einige Ausnahmen zulässt, so bleibt er doch nicht weniger der wahre Ausdruck dessen, was man beinahe als die allgemeine Regel aufstellen kann.

In der Syphiliographie wie in der ganzen Wissenschaft ist die Aufgabe des Beobachters die, die allgemeinen Gesetze aufzusuchen und zu specificiren, ohne die Ausnahmen einreihen zu müssen, welche sehr oft durch andere Gesetze motivirt und regulirt werden, die noch unbekannt sind.

die die Syphilis vor ihrer Schwangerschaft acquirirt haben. Unter diesen speciellen Bedingungen nun, wiederhole ich nochmals, existirt die Gefahr einer Ansteckung durch die Mutter für das Kind nicht oder ist wenigstens noch nicht klinisch erwiesen. Ich für meinen Theil erkläre, niemals gesehen zu haben, dass eine vor der Schwangerschaft syphilitische Mutter ein gesundes Kind geboren und es nachträglich inficirt hat, d. h. mit anderen Worten, ich habe niemals die acquirirte Syphilis bei einem Kinde durch eine contagiöse Erscheinung, die sich auf der Mutter entwickelt hat, sich entwickeln gesehen, sobald die syphilitische Infection dieser Frau aus einem Zeitraum vor der Conception datirte. [1])

Sie werden mir vielleicht noch sagen: Aber woher kommt diese Immunität des Kindes unter solchen Bedingungen seiner Mutter gegenüber?

Immer aus demselben Grunde, werde ich Ihnen sagen; aus demselben Grunde, welcher das Kind vor einer Ansteckung während der Geburt bewahrte, durch die Syphilis, deren Keim es schon in sich trägt. Wenn es nicht fähig ist, die Syphilis von der Mutter nach der Geburt zu empfangen, so ist es darum, weil es dieselbe schon im Uterus empfangen hat, darum, weil es nothwendig in einer patenten oder latenten Weise in der Gewalt der Syphilis ist. So erklärt sich wenigstens für mich dieses Geheimnis der anscheinenden Immunität. Im Uebrigen, meine Herren, interpretiren und expliciren Sie sich die Beispiele, die ich Ihnen gebe, auf welche Weise immer, aber halten Sie sich die eine, die brutale Thatsache vor Augen, dass niemals ein Kind, das von einer syphilitischen Mutter empfangen worden ist, von ihr nach der Geburt mit Syphilis inficirt wird.

Nachdem ich dies gesagt und die zwei negativen Thatsachen dem folgenden Exposé vorausgesetzt habe, so wollen wir sofort zur Frage, die uns jetzt beschäftigt, übergehen.

Welches ist für die Kinder der mögliche Ursprung der acquirirten Syphilis?

Diese möglichen Ursachen einer kindlichen Ansteckung sind zahlreich und verschiedenartig, wie Sie sogleich sehen werden. Die einen sind dem Kinde ganz speciell eigenthümlich und beziehen sich auf die ganz besonderen Bedingungen, in welche das junge Wesen, das von seiner Mutter getrennt ist, gekommen ist. Die anderen sind gewöhnliche, allgemeine, d. h. sie gehören in die Reihe derjenigen, die sowohl den Erwachsenen als auch das Kind betreffen können.

Sprechen wir zunächst von den ersteren: Diese sind, betreffs der Häufigkeit die weitaus wichtigsten. Sie umfassen:

I. Die Ansteckung durch das Stillen, und

II. Die Ansteckungen, die von den verschiedenen und complicirten Umständen herkommen, die das zusammensetzen, was man das Aufziehen des Kindes nennen kann

[1]) Kann nun dieselbe Immunität für das Kind ebenfalls bestehen, wenn die Mutter anstatt vor der Conception nach derselben, d. h. im Verlaufe der Schwangerschaft mit Syphilis inficirt wird?

Das ist weniger sicher. Ich würde mich aber in bejahendem Sinne aussprechen, wenn ich die Resultate meiner persönlichen Erfahrung allein befragen würde. Aber ich weiss, dass gewisse contradictorische Thatsachen in letzter Zeit publicirt worden sind. Was diese fraglichen Thatsachen wirklich werth sind, kann ich nicht sagen, auf jeden Fall ist die Lösung dieses Problems noch zu erwarten.

I. Es ist kein Zweifel, dass das Stillen für das Kind eine häufige Quelle der syphilitischen Ansteckung ist. Eine Anzahl von Säuglingen, die von gesunden Eltern abstammen und gesund geboren sind, bekommen die Syphilis von ihren Ammen. Es ist dies eine unläugbare und unglücklicherweise zu wenig bekannte Thatsache in Rücksicht auf ihre praktische Wichtigkeit, vor allem zu wenig gekannt von den Leuten der guten Gesellschaft, die man täglich ihre Kinder, wenn man auch nicht sagen kann, der ersten dahergelaufenen, so doch wenigstens solchen Ammen anvertrauen sieht, die sie nicht kennen und über welche sie kaum nennenswerthe Auskünfte haben, die sie nicht einmal durch ihren Arzt untersuchen lassen; zu wenig gekannt, sage ich, in zweiter Linie auch von einigen unserer Collegen, die nicht immer eine genügende Untersuchung über die specifische Gesundheit und die speciellen Antecedentien der Ammen, über die sie consultirt worden sind, anstellen. Wollen Sie eine Ueberzeugung über diesen Punkt haben, meine Herren, so nehmen Sie sich die Mühe, die medicinischen Zeitungen durchzugehen und Sie werden hunderte von Beispielen syphilitischer Ansteckung von Kindern durch ihre Ammen finden.

Wie ist nun der Verlauf der Dinge in einem solchen Falle? Welches sind die Umstände, welche die Ansteckung eines Kindes durch die Amme bedingen?

Das wird Ihnen die Beobachtung und die Analyse der klinischen Thatsachen lehren. Zwei Arten von Fällen, die wirklich in ihrer Häufigkeit ungleich sind, lassen sich in der Praxis beobachten.

1. Bald ist es eine Amme, die früher syphilitisch war und meist syphilitisch durch eine venerische Ansteckung war, die sich in einer Familie vorstellt und ein Kind annimmt, welches sie sofort im Hause stillt, oder welches sie in ihre Heimat mitnimmt. Nun bekommt diese Frau im Laufe des Stillens eine Krankheitserscheinung der Syphilis z. B. Papeln an der Brustwarze, oder des Mundes. Durch diese Papeln steckt die Amme ihren Säugling an, an welchem dann ein syphilitischer Initialaffect, sei es am Munde oder an einer anderen Stelle entsteht.

2. Nach meinen Erfahrungen hat die Ansteckung durch die Amme oft auch einen anderen Grund. In dem vorigen Falle war nur die Amme schuldig, im folgenden Falle ist sie zu gleicher Zeit das Opfer und die Schuldige, d. h. sie empfängt und überträgt der Reihe nach die Syphilis professionell, d. h. in ihrem Metier oder in ihrer Eigenschaft als Amme. Sie werden mich sofort begreifen. Ich nehme an, eine Amme nimmt einen dem Anscheine nach gesunden Säugling, der aber in Wirklichkeit syphilitisch ist, an die Brust. Einige Wochen später, gelegentlich der auf dem Kinde sich entwickelnden syphilitischen Erscheinungen bekommt auch sie die Syphilis. Durch diese Syphilis nun veranlasst sie verschiedene Ansteckungen, indem sie entweder ihr eigenes Kind, das sie fortfährt zu stillen, oder andere Kinder, denen sie durch Zufall die Brust gegeben hat, inficirt.

Ich theile Ihnen ein Beispiel dieser Art aus meiner Praxis mit. Eine gesunde Amme kommt aus der Bourgogne, einen Säugling in Paris zu suchen. Man übergibt ihr ein Kind, das noch nichts hatte, als man es ihr anvertraute, welches aber bald von Syphiliden bedeckt wird und bald stirbt. Bald darauf kommt sie wieder nach Paris, um ein neues Kind zu suchen. Kaum hat sie diesen neuen Säugling einige Tage,

als sie auf einmal ein Knötchen an der Brust bekommt, welches Knötchen nichts anderes ist als ein syphilitischer Primäraffect; dennoch fährt sie fort zu stillen und stillt einerseits ihren Pariser Säugling, andererseits ihr eigenes Kind. Es ist wohl unnöthig zu sagen, dass sie das eine und das andere ansteckt.

Eine andere Modalität der Ansteckung illustrirt folgender Fall: Eine gesunde Amme übernimmt ein gesundes Kind. Aus Gefälligkeit gibt sie ihre Brust einem fremden Säugling, der ist syphilitisch und sie empfängt von ihm die Syphilis. Einerseits nun überträgt sie die Syphilis ihrem Säugling und ihrem Kinde, ohne von ihrem Manne zu sprechen, den sie später auch inficirt; Sie sehen also, dass es verschiedene Varianten der Ansteckung gibt.

Weil sich gerade Gelegenheit bietet, so wollen wir erwähnen und wollen dies eindringlich erwähnen, da es sowohl die Hygiene als auch die öffentliche Sicherheit betrifft: „Nichts ist für die Kinder und rückbezüglich für die ganze Welt gefährlicher, als die Promiscuität der Brust vom Standpunkt der syphilitischen Infection aus.“

Nichts ist gefährlicher als die Brust, die dazu dient, verschiedene Kinder zu ernähren. Es kann in der That genügen, dass ein einziges dieser Kinder syphilitisch ist, dass durch dasselbe die Ansteckung auf diese gemeinsame Brust übertragen wird und sich dann dieselbe auf alle anderen Säuglinge, die an dieser Brust saugen, verbreitet.

Diese Gütergemeinschaft der Brust existirt in hohem Grade bei den Miethammen. Es ist eine Sitte unter den Ammen, sich gegenseitig ihre Säuglinge zu übergeben, sie auszuleihen.

Sobald eine Amme am Land aufs Feld oder in die Stadt gehen muss, so lässt sie ihren Säugling in der Hut einer Nachbarin, einer Freundin, einer Kameradin, welche, wie sie, Amme ist, welche den Kleinen in der Abwesenheit stillen soll und das natürlich mit der Verpflichtung der Revanche für einen Tag, wo die besagte Nachbarin ihrerseits einen Grund zur Abwesenheit haben würde. Ja, es ist gar nicht selten, dass eine dritte und eine vierte Amme dazukommen, die sich diese guten Dienste und Gefälligkeiten gegenseitig leisten.

Nehmen Sie nun an, dass einer dieser Säuglinge syphilitisch ist und urtheilen Sie, was aus diesem Syndicat von Ammen und Säuglingen werden wird.

Ich muss noch Folgendes erwähnen:

Eine Amme hat aus irgendeinem Grunde das, was man gewöhnlich eine angeschwollene, zu volle Brust nennt, oder aber sie hat ihren Säugling verloren und will ihre Milch um einen anderen Säugling zu bekommen, erhalten. Was thut sie? — Sie gibt ihre Brust dem ersten besten Kinde, diesem oder jenem, es liegt ihr nichts daran, sie nimmt das, was sie findet. Nun, wenn es das Unglück will, so kommt sie auf ein syphilitisches Kind, bekommt selbst die Syphilis und überträgt sie endlich auf das oder die Kinder, welche sie später stillt.

Ein Beispiel, welches ich meinem Collegen und Freund Doctor Dron entlehne:

Eine Amme wird durch ein syphilitisches Kind inficirt; um ihre volle Brust zu entlasten, gibt sie drei fremden Säuglingen zu trinken; diese drei Säuglinge bekommen von ihr die Syphilis. — Und wie viel andere analoge Beispiele könnte ich nicht anführen, die alle beweisen, dass

die Gemeinschaftlichkeit der Brust für Kinder sowie auch für Ammen eine häufige Quelle der syphilitischen Ansteckung ist.

Aber verweilen wir nicht länger bei diesem Punkte und schliessen wir, indem wir sagen, dass das Stillen, das käufliche Stillen vorzüglich, für die Kinder eine sehr häufige Ursache der syphilitischen Ansteckung ist.

II. Ebenso und vielleicht öfter noch ist das Kind der Gefahr der Infection mit Syphilis durch das sogenannte Aufziehen ausgesetzt. Hier gibt es keine möglichen Classificationen, so verschieden ist der Ursprung der Ansteckung. Wir werden also einfach die Thatsachen aufzählen, ohne einen methodischen Plan zu verfolgen:

Erstens, es kann das Kind die Syphilis acquiriren durch seine eigenen Eltern, die nach dessen Geburt syphilitisch geworden sind. So ist z. B. ein sehr gewöhnliches Ereigniss folgendes:

Eine Frau wird einige Zeit nach der Geburt eines Kindes mit Syphilis inficirt. Unter diesen Umständen ist es nicht allein möglich, sondern sogar sehr häufig, dass sie die Syphilis auf ihr Kind überträgt. Und warum? Wegen der häufigen, beinahe permanenten Beziehungen dieser Frau mit ihrem Kinde. Und von diesen verschiedenen Arten ist die häufigste der Kuss. Ein Kind hängt immer am Halse seiner Mutter. Es küsst dieselbe oder wird von ihr hundertmal am Tage geküsst. Sowie die Mutter Papeln an den Lippen hat, wird es nicht lange dauern, dass das Kind durch dieselben inficirt wird. In den letzten Jahren hatten wir mehrere Fälle dieser Art in Beobachtung.

Eines der authentischesten Beispiele liefert ein Kind und jene Frau, die sich gegenwärtig auf unserer Klinik befinden.

Vor ungefähr 10 Monaten hat diese Frau die Syphilis von einem syphilitischen Säugling, dem sie zu gleicher Zeit wie ihrem Kinde die Brust gab, bekommen; sie kam zu uns mit einem typischen, hartem Schanker der Brustwarze; zu dieser Zeit war das Kind gesund, absolut gesund, wie dies aus den zahlreichen Untersuchungen, denen wir es unterworfen hatten, erhellt. Was ist seit jener Zeit geschehen? — Diese Frau bekam secundäre Erscheinungen, und von diesen secundären Erscheinungen sind viele am Munde aufgetreten unter der Form von erodirenden Syphiliden der Mandeln, der Zunge und der Lippen; nun, im Anfange blieb alles gut und das Kind blieb mehrere Monate gesund. Warum? — Weil wir diese Frau dringend vor der Gefahr, der ihr Kind durch ihre Erkrankung ausgesetzt war, gewarnt haben. Sie erinnern sich, dass wir beinahe täglich bei jeder unserer Visiten, dringend dieser Frau empfohlen haben, ihr Kind nicht zu küssen, sich für dasselbe ihrer eigenen Wäsche und Servietten nicht zu bedienen. Sie erinnern sich auch, dass ich in einem gewissen Momente es für klug gehalten habe, das Stillen auszusetzen, da ich fürchtete, es könnten sich secundäre Erscheinungen auf der Brust entwickeln. Kurz, solange diese Frau unter unseren Augen, von uns bewacht war, fleissig an die Gefahren einer Ansteckung erinnert worden war, zeigte sich nichts. Endlich, nachdem sie von den sichtbaren Erscheinungen geheilt war, hat sie uns verlassen. Aber einige Monate später kam sie zurück und diesmal mit ihrem angesteckten Kinde, das nämlich mit einem syphilitischen Primäraffect am Kinn inficirt war, welcher zum Ausgang von secundären Erkrankungen gedient hat, die ich Ihnen diesen Morgen an diesem Kinde gezeigt habe.

Bei anderen Fällen, — aber das ist viel seltener, kommt die acquirirte Syphilis des Kindes vom Vater, während die Mutter gesund bleibt. Dieser Fall ist darum viel seltener, weil natürlicherweise der Vater mit seinem Kinde keinen so beständigen, noch weniger aber dauernden Verkehr hat, als ihn die Mütter haben. Ein beschäftigter Mann, ein Bürger in seinen Geschäften, ein Arbeiter, welcher ausserhalb des Hauses das Brot für seine Familie verdient, sieht sein Kind nur einige Stunden, manchmal auch nur einige Augenblicke im Tage. Er hat es nicht immer am Arme, wie dies bei der Mutter der Fall ist. Daher ist ungleich seltener, dass die Syphilis im häuslichen Leben vom Vater auf das Kind übergeht.

Dennoch hat man einige Fälle dieser Art gesehen und ich selbst habe einen in den letzten Jahren beobachtet.

Ein junger Mann zieht sich in einem ausserehelichen Abenteuer die Syphilis zu. Er findet Vorwände, um sich von allem Verkehr mit seiner Frau, die gesund bleibt, zu enthalten. Ich behandle selbst diese Dame gewöhnlich und habe nichts Verdächtiges bei ihr bemerkt. Aber er begeht mehrmals die Unklugheit, sein Kind, das 3 Jahre alt ist, zu küssen während der Zeit, als er mit Lippensyphiliden behaftet war. Dieses Kind zeigt kurze Zeit später einen indurirten Schanker der Oberlippe, welcher zur classischen Zeit von secundären Erscheinungen gefolgt war.

Anderemale bekommt das Kind die Syphilis nicht von den Eltern, sondern von Personen, die es pflegen, von Bonnen, Kindsmädchen, Gouvernanten, Dienern und anderen Hausbewohnern. Vor allem ist die Infection durch Bonnen kein seltener Fall, ich könnte für meinen Theil mehrere, will aber nur die zwei folgenden anführen, in denen die Ansteckungsquelle thatsächlich nachgewiesen wurde.

Ein Kind von 18 Monaten wurde mir durch seine Eltern wegen einer Ulceration an der Zunge zugeführt; einer meiner Collegen hatte dieselbe für eine syphilitische erklärt und ich selbst erkannte, dass ein Primäraffect an der Zunge vorlag. Wir können gleich im Voraus bemerken, um diese Diagnose zu rechtfertigen, dass dieser Schanker der Ausgang einer sehr klaren und deutlich accentuirten Syphilis wurde. Ich suchte nach der Ansteckungsquelle. Es ist nichts an der Mutter, die ich vollständig untersuche, zu finden. Die beste Probe, dass diese Frau zu dieser Epoche gesund war, bestand darin, das sie später die Syphilis von ihrem Kinde acquirirte. Andererseits waren beim Vater, weder gegenwärtige noch vorhergegangene Symptome zu bemerken. — Ich untersuche nun die Bonne des Kindes, die seit $3^1/_2$ Monaten in den Dienst der Familie getreten ist, und ich finde sie mit einer secundären Syphilis, mit einer erythemato-papulösen Eruption des Stammes und der Extremitäten, mit Krusten am Haarboden, mit inguinalen, cervicalen und mastoidealen Drüsenschwellungen, mit Papeln an der Vulva, und besonders letzteren Punkt bitte zu bemerken, mit Papeln am Munde, behaftet. — Schliesslich erfahre ich Folgendes von den Eltern und der Bonne: das Kind hat eine zweifache Gewohnheit, die man ihm nicht abgewöhnen konnte. Erstens hört es nicht auf, seine Daumen zu saugen, dann sucht es beständig seine Finger in den Mund aller Personen, die sich ihm nähern, zu stecken. — Davon hatte ich für meinen Theil selbst den Beweis, denn während ich es untersuchte, steckte es mir mehreremale

seine kleinen Hände in den Mund. Hundertmal des Tages, sagte mir die Bonne, macht es mir dasselbe, es steckt seine Finger in meinen Mund, dann saugt es an denselben. Konnte die Bonne mir besser erzählen, wie das Kind auf seine Zunge das Gift der Erkrankung der Mundschleimhaut, von der sie afficirt war, übertrug?

Ein anderer Fall derselben Art:

Ein kleines Mädchen von 22 Monaten wurde mir von einem Collegen als mit einer syphilitischen Erkrankung afficirt, geschickt. Ich constatire in der That bei ihm ein ausserordentlich charakteristisches erythematöses Syphilid und ich finde als Ursprung dieser Syphilis einen syphilitischen Primäraffect am Halse, der von charakteristischen Drüsenschwellungen begleitet war. Woher bekam nun dieses Kind diese ihrem Datum nach ganz junge Infection, von seinem Vater oder seiner Mutter? — Alle zwei, mit Sorgfalt untersucht, waren vollkommen syphilisfrei. Das Kind bekam sie sicher von ihrer Bonne, welche seit mehreren Monaten Syphilide an der Mundschleimhaut hatte und welche, obwohl von einem Arzte über den ansteckenden Charakter dieser Erscheinung unterrichtet, dennoch die Unklugheit begangen hatte, dieses Kind am Halse zu küssen.

Es ist nicht zu staunen, dass diese Ansteckungen sich in einem gewissen häufigen Grade zeigen und es ist vorauszusehen, dass diese Häufigkeit sich mit dem Nachlass der Moral, der unsere Epoche charakterisirt, nur vermehren wird. Heutzutage in der That wird eine Anzahl von Kindern mehr durch ihre Bonnen als durch ihre Mütter erzogen, eine Anzahl von Kindern vorzüglich in den höheren Classen der Gesellschaft leben mit ihren Bonnen vom Morgen bis zum Abend und vom Abend bis zum Morgen. Der Fehler daran liegt, sagt man, in den Anforderungen der Gesellschaft, den Nothwendigkeiten der Arbeit. Ich mache aber vielmehr die Beweglichkeit, den Strudel und die Zerstreuung des modernen Lebens verantwortlich, vor allem aber das Sinken des mütterlichen Gefühls in gewissen Familien. Aber lassen wir diesen Punkt, der mehr den Moralisten als den Arzt betrifft und sagen wir vielmehr, insoweit es uns betrifft, dass das Ueberlassen der Kinder an bezahlte Sorgfalt auf Kosten specieller Gefahren geschieht, für welche die Beobachtungen, die wir gerade citirten, Beweiskraft haben. Unter solchen Umständen ist die Gesundheit des Kindes von der Gesundheit der Bonne abhängig. Nehmen Sie an, dass diese Bonne syphilitisch ist, so wird von einem Tage zum andern die Möglichkeit bestehen, dass sie das Kind in den tausenden täglichen Rapporten des häuslichen Lebens inficirt.

III. Ein anderer Ursprung der Contagion!

Ein Kind kann für das andere die Ursache der syphilitischen Ansteckung sein. Wie das? — Aus einer ganzen Reihe von folgenden Gründen: nämlich, weil einerseits die Syphilis sich sehr häufig am Munde des Kindes festsetzt und da zahlreiche Herde der Ansteckung bildet. (Die Ammen wissen von dieser Sache.) Andererseits, weil die Kinder untereinander sich oft abküssen, fortwährend alle Objecte, die in ihrem Bereiche sind, vorzüglich ihr Spielzeug zum Munde führen, sich wechselweise das Spielzeug leihen, zusammen essen, zusammen trinken, ihre Löffel und Becher austauschen. Von da stammen zahlreiche Quellen der Ansteckung.

In einer sehr fleissigen Arbeit, in welcher Doctor Roussel mehrere Fälle dieser Art gesammelt hat, erwähnt er einer persönlichen Beobachtung, in der man ein syphilitisches Kind von zwei Jahren die Syphilis zwei anderen Kindern, seinen Onkeln nämlich, die 4 und 6 Jahre alt waren, übertragen sieht, ebenso seiner Grossmutter, die die Ansteckung ihrem Manne überträgt.

Ebenso citirte Sturgis den Fall eines 22 Monate alten Kindes, das mit einem Primäraffect des Augenlides behaftet, seiner sechsjährigen Schwester den Primäraffect auf die Wange überträgt.[1]

Trysdale hat ein 19jähriges Mädchen durch einen syphilitischen Säugling, welcher es in die Lippen biss, syphilitisch angesteckt gesehen; ihrerseits steckte dieses junge Mädchen seine 13jährige Schwester, mit der sie schlief, an.[2]

Doctor Pontet sagt, dass er vor einigen Jahren im Hospiz der Findlingskinder einen kleinen scrophulösen Knaben von 6 Jahren gesehen habe, der eine seiner kleinen Bettnachbarinnen küsste, welche syphilitisch war und sich infolge dessen die Syphilis zuzog.

Dowse hat die sehr interessante Beobachtung über ein 9jähriges Mädchen mitgetheilt, welches aus Freundschaft für ein kleines fremdes Kind sich unter folgenden Bedingungen die Syphilis zuzog: es spielte mit ihm Mama, indem es dasselbe beständig, wie eine Amme ihr Kind, auf dem Arme hielt. Die Vorderarme dieses Mädchens wurden durch den Eiter der nässenden Papeln, die das Kind am Anus hatte, beschmutzt und dieser Vorderarm wurde der Sitz eines indurirten Geschwüres, das einer schrecklichen, bösartigen Syphilis zum Ursprung diente, die mit Tod endigte.

Ich behandle gegenwärtig ein kleines Mädchen, das die Syphilis von einem anderen, etwas älteren Kinde empfangen hat, welches wieder die Krankheit von seiner Amme erhielt. Wie erfolgte in diesem Falle die Ansteckung? — Das kleine Mädchen hatte einen indurirten Schanker der Oberlippe wenige Zeit darnach, als sein kleiner Kamerad mit Schleimhautplaques an den Lippen behaftet war.

Unnöthig wäre es, mit einer weiteren Aufzählung fortzufahren.

IV. Endlich stammen zahlreiche Gefahren der Ansteckung für das Kind aus den tausend Ursachen der Pflege, den verschiedenen Umständen des häuslichen Lebens, dem gemeinsamen Gebrauch der Gegenstände, und dem intimen Zusammenleben, wie es das Elend mit sich bringt.

Alles dies unterstützt durch die Unwissenheit, dem Mangel der Hygiene und der Reinlichkeit, durch die Sorglosigkeit, schafft für das Kind eine Quelle von Gefahren, denen es nur zu oft unterliegt.

So beobachtete ich ein ganz junges Kind, das von ganz gesunden Eltern stammte, und welches in der Familie selbst durch ein Saugfläschchen angesteckt wurde. Eine Taglöhnerin, welche in dieser Familie arbeitete und manchmal die Amme in der Pflege des Kindes unterstützte, hatte besagte Saugflasche in den Mund genommen zu einer Zeit, wo ihre Lippen mit Schleimhautpapeln bedeckt waren.

[1]) The American Journal of the med. sciences 1873. p. 102.

[2]) The Lancet 1869. t. II. p. 639.

Ich habe selbst ein kleines Mädchen von 6 Wochen mit einem indurirten Schanker der vulva behaftet gesehen, der ihr aller Wahrscheinlichkeit nach durch einen Schwamm beigebracht wurde. Dieser Schwamm hatte im Saale des Spitals zur Reinigung mehrerer neugeborener Kinder gedient, von denen einige syphilitisch waren und erosive und ulceröse Syphilide an den Genitalien zeigten.

Lagneau hat einen ähnlichen Fall bei einem 6-jährigen Mädchen beobachtet, das durch einen Löffel, der einem syphilitischen Säugling diente, inficirt wurde.

Einen identischen Fall hat Doctor Viennois bei einem 7-jährigen Mädchen constatirt, welches sich des Löffels seiner Mutter bedient hatte zur selben Zeit, als diese mit ulcerirenden Plaques des Rachens behaftet war, und das sich einen Primäraffect der rechten Mandel zuzog, der von constitutionellen Erscheinungen gefolgt war.

Buchanan Buxter berichtet den Fall eines 3-jährigen Kindes, das mit einem syphilitischen Schanker der Zunge behaftet wurde, weil es die Zahnbürste seines Vaters, der zu dieser Zeit den Mund durch Syphilis ganz ulcerirt hatte, saugte.

Die Ansteckung wird sehr häufig durch das Zusammenschlafen, durch das gemeinsame Lager begünstigt. Ich erinnere mich, dass uns Trousseau sehr häufig von einer Ansteckung des Kindes durch die Mutter sprach.

Ein ähnlicher Fall hat vor beiläufig 12 Jahren eine medicinisch-gerichtliche Untersuchung veranlasst. Es handelte sich in diesem Falle um ein kleines 4-jähriges Mädchen, welches die Syphilis acquirirte, indem es in demselben Bette mit seinem Vater, der mit Syphilis afficirt war, schlief. Man glaubte anfänglich an ein kriminelles Attentat, aber die Expertise, welche durch Herrn Doctor Gailleton ausserordentlich geschickt geleitet wurde, entlastete den Vater von der schrecklichen Anklage, die auf ihm lastete.

Wir haben hier einen Kranken, der sich einen syphilitischen Schanker in der Trochantergegend zuzog, weil er einem seiner Kameraden, der mit einem Primäraffect des Penis behaftet war, sein Bett gastfreundlich anbot! Nachdem dieses Bett sehr eng war, schlief der neue Gast nur auf der Seite, so dass in dieser Situation sein Penis mehrmals in Contact mit den Schenkeln seines Freundes gerieth, der auf diese Weise angesteckt wurde.

Ueberdies ist es notorisch, dass für gewisse autoinoculable Erkrankungen (wie z. B. der einfache Schanker, der favus, die impetigo contagiosa) die Betttücher die Ursache der Weiterverbreitung und der Ansteckung sind.

So hat z. B. einer unserer Kranken, der mit einem Schanker am Gliede und mit einem gangränösen Bubo behaftet war, später zwei typische Schanker der Kniekehle gezeigt. Nach der gepflogenen Untersuchung war kein Zweifel, dass dieser Schanker von so auffallendem Sitze als Ursache eine Inoculation hatte, die durch die unreinen und mit dem virulenten Eiter besudelten Betttücher übertragen worden war.

Ebenso bildet nach der Analogie und nach der directen Beobachtung das Zusammenschlafen, das gemeinsame Bett für das Kind eine sichere Quelle von syphilitischen Ansteckungen.

Herr Tédenat, Professor an der Facultät von Montpellier, hat den Fall eines 2- oder 3-jährigen Kindes veröffentlicht, welches sich einen in-

durirten Schanker der Oberlippe durch ein Musikinstrument zuzog. Dieses Instrumentes bediente sich sein Vater, der syphilitisch und zu dieser Zeit mit Lippenplaques afficirt war.

Viele Beispiele der Ansteckung von Kind zu Kind haben sich mehr als einmal in den Kinderkrippen, in den schlecht gehaltenen Kinderbewahranstalten ereignet.

Vidal de Cassis hat 5 Kinder mit Syphilis in einem derartigen Hause, in einer wirklichen Mistgrube, in welchem es nur ein Zinngeschirr für sechs kleine Pensionäre gab, gesehen.

Erwähnen wir noch als eine mögliche Ursache der Ansteckung die nicht minder gefährliche als eckelhafte Gewohnheit, die den Ammen sehr geläufig ist und darin besteht, das Kind mit dem Speichel, oder, was seltener ist, mit Wasser, das im Munde erwärmt wird, zu waschen.

Bertin hat eine diesbezügliche Beobachtung erwähnt, die ich in Kürze erwähne.

Ein kleines Mädchen von 4 Monaten, von gesunden Eltern geboren, wird an der vulva mit einem syphilitischen Primäraffect, dem constitutionelle Erscheinungen folgen, afficirt. Bertin, der neugierig war, den Ursprung dieser Erscheinung zu entdecken, stellte eine minutiöse und lange Untersuchung darüber an, aus der resultirte, dass Vater und Mutter des Kindes gesund sind, dass das Kind aber für einige Zeit einer seiner Tanten anvertraut war, dass diese Tante syphilitisch war und trotz dieser Syphilis das Kind oft küsste und die Gewohnheit hatte, die Genitalien des Kindes mit Wasser zu waschen, welches sie vorher in den Mund nahm, um es zu erwärmen.

III. Eine andere Reihe von Ansteckungen für das Kind resultirt aus kriminellen Attentaten. Gewiss, die Ansteckungen dieser Art sind seltener und viel seltener als der grösste Theil der vorhergehenden; sie sind jedoch weniger selten, als man von Anfang an meinen würde. Wir haben hier mehrere Fälle beobachtet, darunter einen in den letzten Tagen unter der schrecklichsten Form, die diese hässlichen Attentate hervorbringen können. Es handelte sich in diesem Falle, wie Sie sich erinnern, um einen 11jährigen kleinen Knaben, der uns wegen grosser, hypertrophischer Papeln am Rande des anus zugeführt wurde und der auch andere secundäre Erscheinungen darbot. Die Art dieser Erscheinungen bewies ganz deutlich, dass wir es nicht mit einem Falle von hereditärer Syphilis zu thun hatten, denn eine hereditäre Syphilis zeigt im 12. Lebensjahre, wo die Infection in ihrer tertiären Periode ist, nicht nässende Papeln. Unsere sofortige Ueberzeugung war, dass diese Erscheinung die Folge einer acquirirten Ansteckung sei. Aber wir konnten anfänglich nicht in Erfahrung bringen, auf welche Weise das Kind das Opfer dieser Ansteckung wurde. Zwei Tage später erst wurden wir über diesen Punkt aufgeklärt. Der Knabe war einige Monate vorher von einem Manne missbraucht worden und dieser Mann wurde als syphilitisch erkannt.

In der Lourcine sind die Fälle dieser Art eine häufige Beobachtung. Ich habe etwa 15 Beispiele während meines Aufenthaltes in diesem Spital gesammelt; und weil sich die Gelegenheit jetzt gerade darbietet, werde ich Ihnen sofort ein unglaubliches Factum erzählen, welches schon durch Parent-Duchâtelet erwähnt wurde und welches

meine persönliche Erfahrung dieser traurigen Thatsachen für mich vollständig bestätigt hat, nämlich, dass es nicht allein schändliche Leidenschaften, nämlich solche der sexuellen Appetenz für das Kind es sind, welche gewisse Scheusale dazu führen, ein Kind zu missbrauchen auf die Gefahr hin, ihm eine schwere Erkrankung mitzutheilen, sondern, dass ein anderes, noch viel hässlicheres und kriminelleres Motiv es ist, welches ebenso schwachsinnige als entartete Naturen zu solchen Attentaten bewegt. Dieses nicht weniger dumme als infame Motiv besteht in dem volksthümlichen Vorurtheil, nach welchem es ein sicheres Mittel, um sich von der Syphilis zu entlasten, ist, dieselbe einem jungfräulichen Individuum zu übertragen. Aus diesem Aberglauben wurde das Verbrechen in einer Anzahl von Fällen begangen.

Welche Kinder sind Ansteckungen dieser Art nun am meisten ausgesetzt? — Natürlich die kleinen Mädchen, da sich gegen sie der sexuelle Instinct der Thäter richtet. Aber was man auch wissen muss (denn der Arzt muss in den Scheusslichkeiten des menschlichen Lebens alles kennen wegen der medicinisch-gerichtlichen Untersuchungen, die oft statthaben), ist, dass auch kleine Knaben nicht vor directen Attentaten geschützt sind. Man hat viele Fälle der Ansteckung dieser Art constatirt. Als Beispiel mag der Fall, den ich Ihnen früher erzählte, dienen.

Es gibt aber noch mehr solcher Beispiele. Solche Ansteckungen sind manchmal unter den staunenswerthesten, merkwürdigsten Bedingungen erfolgt. So hat man selbst Frauen junge Burschen, selbst kleine Kinder missbrauchen gesehen. Um Ihnen nur ein Beispiel zu erzählen (ich will Ihnen nur das, was für einen Arzt zu wissen nothwendig ist, sagen) so hat der Gerichtshof von Côtes du Nord am 15. April 1861 ein Mädchen von 21 Jahren zu sechs Jahren Gefängnis verurtheilt, weil sie mit Syphilis behaftet, einen Knaben von $5^1/_2$ Jahren in ihr Bett genommen und inficirt hatte. Auch sie unterlag dem Vorurtheil, von dem wir gerade gesprochen haben, und dachte sich von ihrer Krankheit zu heilen, indem sie dieselbe auf ein jungfräuliches Subject, das noch nie Umgang mit Weibern gehabt hätte, übertrüge.

Auch die Bande des Blutes haben nicht immer vor solchen Attentaten geschützt. So hatten wir in unseren Krankensälen vor einigen Jahren ein ganz junges Kind, welches die Syphilis von seinem Bruder, einem Burschen von 19 Jahren, empfing.

Ich wurde bei einer Gerichtsverhandlung vernommen, die einen Mann betraf, der seiner 14-jährigen Tochter Syphilis beigebracht hatte.

Endlich hat man auch gesehen, dass Kinder von anderen Kindern im geschlechtlichen Verkehr oder vielmehr bei Versuchen, den Geschlechtsact zu üben, die Syphilis acquirirten. Lawrence erwähnt z. B. einen Fall von einem 10-jährigen Mädchen, welches die Syphilis infolge einer Ausschweifung mit ihrem kleinen Cousin, der 14 Jahre alt war, acquirirte.

IV. Die Kinder sind vor Ansteckung in Folge ärztlicher Eingriffe nicht sicher und sind solche Fälle nicht selten.

Wollen wir in erster Linie als Prototyp der Ansteckungen dieser Art diejenige, welche von der Vaccination stammt, anführen.

Es ist wohl sehr natürlich, dass gerade die Kinder die Hauptopfer der syphilitischen Ansteckung, welche durch Vaccination erfolgt, sind,

weil die Vaccination eine der Hauptoperationen ist, welche im ersten Lebensalter vollführt wird.

Die Ansteckungen dieser Art sind in Wahrheit selten. Ich habe in meiner Privat-Praxis nur zwei Fälle beobachtet, und es ist zu hoffen, dass sie immer seltener und seltener werden, nachdem die Authenticität der vaccinalen Syphilis nicht mehr bestritten, und die Aufmerksamkeit der betreffenden Behörden auf diesen Punkt gerichtet ist. Aber was leider ihre Seltenheit aufwiegt, ist das, dass sie gewöhnlich eine grosse Zahl von Opfern fordert. Wenn ein Unglück dieser Art sich ereignet, so ist es selten, dass ein Kind allein erfasst wird. Beinahe immer oder in der Mehrzahl der Fälle sind es mehrere Kinder, welche gleichzeitig angesteckt werden, da man die Gewohnheit hat, oder besser gesagt, es nothwendig ist, sich zur Impfung einen einzigen Vaccineträger zu benützen, um eine grössere Zahl von Personen zu impfen. Wenn dieser Vaccineträger mit Syphilis inficirt ist, so wird eine grössere oder geringere Anzahl von Kindern oder Erwachsenen inficirt werden. Urtheilen Sie nur nach folgenden Ziffern: In dem Unglücksfall, welcher sich in der Akadémie de médicine im Jahre 1865 erwähnt findet, sind es 9 Kinder, ohne von den Erwachsenen zu sprechen, welche durch einen syphilitischen Vaccineträger inficirt wurden. Noch bedauernswerther war das Unglück in anderen Fällen. So hat man:

14 Kinder auf diese Weise in Rufina
34 in Lupara
35 in Cremona
38 in Rivalta
40 in einem Falle, der von Cérioli erwähnt wird, inficirt werden gesehen.

Und das, was für die Vaccination gilt, gilt auch ebenso für die Revaccination. Das Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande lehrt uns, dass im Jahre 1878 unter 26 jungen Mädchen von 12 Jahren, die der Revaccination unterworfen wurden, 12 mit Syphilis afficirt wurden. Das gilt für zahlreiche andere Fälle, die ich zu erwähnen hätte.

Eine andere Operation, welche in der Kindheit bei den Juden ausgeführt wird, war sehr häufig auch der Ursprung ähnlicher Ansteckungen. Es existirt ein berühmter Fall, welcher summarisch erwähnt zu werden verdient.

Vor Jahren wurde eine Anzahl jüdischer Kinder mit Syphilis infolge der Beschneidung inficirt. Man war beunruhigt, man untersuchte und aus dieser Untersuchung resultirte, dass die Kinder durch den Mund des Operateurs inficirt wurden. Durch den Mund? werden Sie mich fragen. Ja, denn nach dem alten hebräischen Ritus muss der Beschneider oder Mohel, nachdem er das Präputium resecirt hat, dreimal die Lippen auf die Wunde des Penis drücken und dieses Organ aussaugen.

Nun war in dieser fraglichen Epoche der Mohel mit Syphilis und vorzüglich mit Mundsyphilis behaftet und hat natürlich die Syphilis auf seine Operirten übertragen, wie ein syphilitischer Säugling dieselbe seiner Amme überträgt und um so mehr, als die ganz frischen Wunden des Penis eine grosse Oberfläche zur Resorption darboten und die Pforten dem Eingang des virus offen waren.

Nach diesem unglückseligen Ereigniss wurde, wie ich nebenbei erwähnen will, Dank der Anstrengungen Ricords diese Art der jüdischen Beschneidung, durch die Unterdrückung dieser ekelhaften und gefährlichen Praxis des Aussaugens nach erfolgter Beschneidung, modificirt.

Der Catheterismus der Eustachischen Ohrtrompete war ebenfalls in einer gewissen Anzahl von Fällen die Ursache der Ansteckung bei Kindern. Ich habe lange Zeit ein junges Mädchen, das von gesunden Eltern stammte, behandelt, welches auf diese Weise im Alter von 6 Jahren angesteckt wurde. Die Erkrankung wurde im Anfang ihrer Natur nach verkannt, dann später vernachlässigt, so dass daraus schwere Zufälle entstanden. Phagaedenismus des Rachenraumes, Nekrose der Nasenknochen, eine schreckliche Ozoena, Einsinken der Nase.

Ein andermal wurden die Kinder Opfer der Unklugheit oder Unwissenheit oder der Unkenntniss gewisser Hebammen oder vielmehr gewisser Weiber, welche vorzüglich am Lande oder in den kleinen Städten der Provinz sehr häufig sich den Titel und die Functionen der Hebammen anmassen.

Ein Beispiel dieser Art wird durch Bleynie citirt:

Eines dieser Weiber hatte die Gewohnheit, beim Abfallen des Nabelstranges die kleine Wunde mit zwei Fingern, die mit Speichel befeuchtet waren, zu berühren und mit diesem Speichel sie zu reiben. So lächerlich die Methode war, ging alles gut und blieb unschädlich, solange diese Frau von Syphilis frei war. Aber als das Unglück es wollte, dass sie Syphilis bekam, inficirte sie eine grosse Anzahl von Kindern auf diese Art.

Fügen wir nun auch bei, dass Kinder von ihren Müttern, die durch medicinische Proceduren Syphilis acquirirt hatten, angesteckt werden können. Derart sind die beiden folgenden Fälle, die ich Ihnen als Beispiel citiren will.

In einer Stadt der Provinz, in Condé, erzählt Doctor Bourgogne, welchem ich diesen ersten Fall entlehne, bot eine Frau ihre Dienste dar, um durch das Saugen der Brustwarzen dieselben den Neugebornen zum Saugen tauglich zu machen oder um die Brüste der Mütter von dem Ueberflusse an Milch zu entlasten. Diese Frau zog sich Syphilis zu und hatte neben anderen Erscheinungen auch Ulcerationen am Munde. Zu dieser Zeit wurde sie zu einer kürzlich entbundenen Dame geholt, welche an einer Fissur an der Brust litt und deren Brüste durch eine grosse Menge von Milch ausgedehnt waren, und sie saugte daran mehrere Tage nach einander. Die Fissur an der Brust verwandelte sich bald in ein hartnäckiges Geschwür, welches die Warze zerstörte. Einige Wochen später zeigten sich unzweifelhafte Symptome der Syphilis.

Eine andere Dame, welche auch mit einer Fissur an der Brust behaftet war, liess dieselbe Frau rufen, um sich ihrer Milch zu entledigen und wurde ebenfalls von Ulcerationen an der Warze, später von pustulösen Eruptionen an der Haut und Geschwüren im Rachenraum befallen. Meine Zweifel über den Ursprung dieser Infection verwandelten sich in Gewissheit durch den Vergleich dieser zwei Fälle, da ich wusste, dass diese Frau in der Stadt und in den Umgegenden von Condé sehr bekannt war und weil sie den Ammen ihre Sorgfalt widmete, so glaubte ich vor der Nothwendigkeit zu stehen, dieser eben gemachten Entdeckung

die grösstmöglichste Publicität zu geben, um die Personen, welche sich der Frau bedienten und welche sie rufen lassen konnten, zu warnen. Es war Zeit zu dieser Massregel. Denn kaum hatte ich dies bekannt gemacht, als sich beinahe zur selben Zeit 8 Ammen bei mir vorstellten. Alle diese Frauen hatten es geduldet, dass diese Person ihre unreinen Lippen an ihre Brust anlegte und alle waren mehr oder weniger angesteckt.

Nachdem ich in mehrere Häuser gerufen wurde, sah ich, dass 12 oder 14 Frauen durch das Saugen der Brust inficirt worden waren, 6 oder 8 entkamen der Ansteckung. Das ist aber nicht alles; denn

1. beinahe alle diese Frauen, welche so die Syphilis acquirirten, theilten dieselbe ihren eigenen Kindern mit;

2. einige dieser Kinder übertrugen das Uebel, bevor es entdeckt wurde, den Ammen, welchen man sie anvertraut hatte;

3. viele dieser Ammen inficirten gleicherweise ihre eigenen Kinder, welchen sie abwechselnd mit den inficirten Säuglingen ihre Brust gaben;

4. noch mehr, jene gesunden Kinder, welche sich der Gefässe bedienten, die die inficirten Neugeborenen mit ihren Lippen berührten, zogen sich gleicherweise diese ekelhafte Erkrankung zu.

Doctor Bardinet (von Limoges) hat vor der Akademie im Jahre 1874 eine sehr interessante Beobachtung, welche er an einer Hebamme von Brive machte, vorgetragen. Die Hebamme hatte, obwohl sie am rechten Mittelfinger eine syphilitische Ulceration trug, dennoch ihre Profession weiter ausgeübt, indem sie Frauen touchirte, selben bei der Geburt beistand und die Kinder pflegte. Auch sie brachte eine förmliche Syphilisepidemie in der kleinen Stadt von Brive hervor, denn die auf diese Weise inficirten Frauen übertrugen in einer ziemlich grossen Zahl die Syphilis anfänglich ihren eigenen Kindern, später ihren Männern, so dass man infolge Rückwirkung mehr als hundert Opfer zählte. Die Angelegenheit kam zu Gericht und der Staatsanwalt erwähnte nicht weniger als zehn Fälle, in welchen Kinder auf diese Weise inficirt wurden.

V. Endlich ist das Kind natürlicherweise allen Gefahren der zufälligen Ansteckungen, die den Erwachsenen treffen können, ausgesetzt, sowohl zahlreichen als verschiedenen Ansteckungen, die unerwartet sind und unmöglich vorhergesehen werden können, die ja auch unmöglich in eine Kategorie gebracht werden können, weil sie eben zufällig sind. Um Ihnen eine überflüssige Aufzählung zu ersparen, wird es genügen, die hauptsächlichsten und deutlichsten Beispiele aufzuzählen.

Das ist z. B. der Kuss.

Jeder Mensch weiss, wie sehr die Kinder und vorzüglich die kleinen Kinder küssen und abgeküsst werden. Michelet sagt, das Kind ist für den Kuss gemacht; es fordert ihn heraus, es eifert dazu an.

Nun urtheilen Sie selbst, welchen Gefahren man durch den Kuss ausgesetzt ist, da doch die Mundsyphilis eine sehr häufige ist. Ich habe Ihnen erzählt, dass Kinder auf diese Weise durch Vater, Mutter, Ammen und Bonnen inficirt wurden; aber auch durch Küsse syphilitischer Verwandten, Freunde, Besucher, Nachbarn und Fremder sind schon Kinder inficirt worden.

Solomon hat den Fall eines 8jährigen, von gesunden Eltern gezeugten Kindes erwähnt, das mit einem harten Schanker des unteren

Augenlides inficirt wurde, nachdem es von seiner Tante geküsst wurde, welche secundäre Erosionen der Lippen und des Mundes hatte.

Rollet hat einen ganz ähnlichen Fall bei einem 15monatlichen Kinde erwähnt, das durch eine Prostituirte geküsst wurde. Dieses Kind übertrug seinerseits die Ansteckung seinen zwei Brüdern, seinen zwei Schwestern und seiner Grossmutter.

Ich für meinen Theil habe ein 9jähriges Mädchen gesehen, das durch den Kuss eines ihrer Cousins, der Schleimhautpapeln an den Lippen hatte, inficirt wurde. Dieses Kind zeigte einen typischen Schanker der Wange, welcher von secundären Erscheinungen gefolgt war.

Dies sind, meine Herren, die Hauptquellen, der acquirirten Syphilis der Kindheit.

Es bleibt also jetzt noch übrig, die relative Häufigkeit dieser verschiedenen Arten der Ansteckung festzustellen. Ich weiss nicht, ob heutzutage ein ernster statistischer Versuch in diesem Sinne gemacht wurde, ich kann Ihnen nur über diesen Punkt die Beobachtungen aus meiner Privatpraxis angeben, sie sind folgende:

Kindliche Ansteckungen, die erfolgten:

Durch die Eltern	19	Fälle
„ „ Ammen	8	„
„ „ Bonnen, Wärter, Diener	4	„
„ „ Kinder	2	„
„ „ Vaccination	2	„
„ ärztliche Proceduren	1	„
„ verbrecherische Attentate	4	„
Aus unbekannten Ursachen	2	„
Summe	42	Fälle.

Aber diese Zahlen sind zu wenig zahlreich und ich bitte sie nur als provisorische Resultate, die der Revision unterworfen werden müssen, die also alles in allem durch eine genauere Beobachtung modificirt werden müssen, zu nehmen.

Aus den oben mitgetheilten Beobachtungen ergibt sich

1. dass für die Kindheit zahlreiche und verschiedene Gefahren der syphilitischen Ansteckung existiren und

2. dass sicher zahlreiche Beobachtungen über im Kindesalter erworbene Syphilis vorliegen.

Man hat diese Syphilis nach dem Ausdrucke eines unserer Collegen rarissime genannt. Man hat sie beinahe als eine ausnahmsweise Merkwürdigkeit betrachtet. Das ist ein Irrthum, das ist ein Vorurtheil, gegen welches die Thatsachen, die wir eben vorführten, protestiren.

Allerdings wäre es auch eine Uebertreibeng im entgegengesetzten Sinne, die acquirirte Syphilis der Kindheit als häufig oder sehr häufig zu bezeichnen. Wir nehmen dies nicht an, aber in Wirklichkeit ist diese Syphilis selten, viel seltener z. B. als die hereditäre Syphilis; und das allein wollen wir feststellen, sie ist häufiger, als man es sagt und gewöhnlich glaubt.

Hieraus ergibt sich vom praktischen Standpunkt folgender Schluss:

Man muss immer in dem Falle, wo man eine Diagnose wegen tertiärer Erscheinungen, die sich auf einem Kinde oder Heranwachsenden oder selbst Erwachsenen darbieten, stellt, der Möglichkeit einer personellen Ansteckung, die in früherer Zeit stattgefunden haben kann,

Rechnung tragen, d. h. man muss denken, dass die acquirirte Syphilis in gleicher Weise wie die hereditäre Syphilis ein möglicher Grund dieser Erscheinung sein kann.

III.

Es würde unseren Gegenstand aus dem Auge verlieren heissen, wenn ich Ihnen in extenso die acquirirte Syphilis der Kindheit schildern würde. Ich darf nicht vergessen und werde nicht vergessen, dass die acquirirte Syphilis der Kindheit uns jetzt nur in einer indirecten und accessorischen Weise interessirt. Ich werde also nur das, was uns interessirt, d. h. diejenigen Punkte, in denen man sie in Parallele mit der hereditären tardiven Syphilis bringen kann, näher betrachten.

Man kann sagen, dass die acquirirte Syphilis der Kindheit nicht anders verläuft, als die acquirirte Syphilis des erwachsenen Alters.

Und in der That: Einerseits entlehnt sie von der Syphilis der Erwachsenen alle ihre Symptome, alle ihre klinischen Erscheinungen mit Ausnahme der Eigenthümlichkeiten und secundären Modificationen, die die Bedingungen des Alters, der Entwicklung der Functionen oder der Abwesenheit der physiologischen Functionen verschiedener Organe mit sich bringen können;

anderseits entlehnt sie derselben ebenfalls ihre allgemeine Entwicklung, nämlich die Art des anfänglichen Auftretens, die spätere Eintheilung in eine Reihe von Perioden, ihr chronisches Fortschreiten und ihre unbestimmte Dauer.

Vor Allem hat die acquirirte Syphilis der Kindheit geradeso wie die acquirirte Syphilis des Erwachsenen immer als Anfangserscheinung eine deutlich locale Erscheinung, nämlich den syphilitischen Primäraffect. Diese Erkrankung hat einen dreifachen Charakter:

1. Dass sie sich auf dem Punkte selbst, wo die Ansteckung geschehen ist, entwickelt;

2. dass sie nur nach einer Incubationszeit von drei oder vier Wochen ungefähr nach dem Zeitpunkte, in welchem die Ansteckung erfolgte, erscheint.

3. dass sie immer von einem speciellen Drüsenleiden gefolgt ist, welches die Drüsen, die mit dem Sitze des Schankers correspondiren, befällt: eine Drüsenerkrankung, die man den symptomatischen Bubo des Schankers nennt und die vorzüglich durch die Attribute der Drüsenschwellung, durch die Entzündungslosigkeit, durch die Indolenz und Vielfältigkeit (pléiade de Ricord), sich auszeichnet.

Zweitens: Gerade so wie die Syphilis der Erwachsenen ist die acquirirte Syphilis der Kindheit für einige Zeit, im Mittel einige Wochen hindurch, — nur durch zwei Krankheitserscheinungen gekennzeichnet, den Initialaffect und den Bubo. Dann aber später zeigt sie eine chronologische Reihe von allgemeinen Erscheinungen, welche das bilden, was man die secundäre Periode nennt.

Das Eigenthümliche dieser Kranheitsepoche nun ist, wie jedermann weiss, dass sie sich durch eine Reihe von vielfältigen, disseminirten Erscheinungen äussert, die vorzüglich die Haut und die Schleimhaut ergreifen, aber die Gewebe nur in einer oberflächlichen und gutartigen Weise angreifen, die meisten, theils von selbst wieder verschwinden oder

durch die specifische Behandlung leicht verschwinden gemacht werden, die ohne eine Spur zu hinterlassen, vergehen.

Und geradeso wie die Syphilis der Erwachsenen geht die acquirirte Syphilis der Kindheit nach dieser secundären Periode, d. h. nach einer veränderlichen Zeit, im Mittel von ein bis zu zwei bis zu drei Jahren, in die tertiäre Periode über, in eine Krankheitsetappe, die mehr ausgedehnt ist, wenn ich so sagen kann, selbst unbestimmt und unbegrenzt dauern kann und sich durch eine Reihe von plötzlichen Krankheitserscheinungen zeigt, die sich in verschiedenen, meistentheils entfernten Zeiträumen äussern. Ueberdies haben die Erscheinungen, welche nun auftreten, die Eigenschaft, oft die tieferen Gewebsparhien, manchmal sogar die Eingeweide zu ergreifen, um endlich spontan mit Zerstörungen, Verstümmlungen, Sclerosen oder Atrophieen der Organe zu endigen, Eigenschaften, die also im Ganzen immer sehr ernste, manchmal sogar schwere und tödtliche sind.

Sie sehen also in der That, dass die acquirirte Syphilis der Kindheit beinahe ein Abklatsch der acquirirten Syphilis der Erwachsenen Alters ist, was die Symptome und die Entwicklung betrifft.

Es würde z. B. gar nichts leichter sein, als in der Kindheit diesen oder jenen Fall zu finden, der Zug für Zug, wenn mir der Ausdruck gestattet ist, die Photographie der Syphilis der Erwachsenen hervorbrächte. Als ein Beispiel möge der nachfolgende Fall dienen:

Ein junges 5-jähriges Mädchen ist das Opfer des Attentates eines Mannes, der mit syphilitischen Erscheinungen behaftet war. Sie bekommt einen syphilitischen Schanker der Scheide, welchen ich in der Lourcine behandelte. Im Laufe der folgenden Monate zeigen sich secundäre Erscheinungen, nämlich: Roseola, plaques muqueuses an den Genitalien, den Lippen und der Kehle; Krusten am Haarboden, Alopecie, cervicale Drüsenschwellungen. Die specifische Behandlung macht rasch alle diese Erscheinungen verschwinden und das Kind verlässt das Spital in gutem Zustande.

Wie es so oft geschieht, wurde auch dieses Kind keiner Behandlung mehr unterworfen. Acht Jahre vergehen ohne neue Erscheinungen. Aber im Alter von 13 Jahren wird die Kranke in das Spital St. Louis wegen neu auftretender Erscheinungen geführt und wir constatiren bei ihr einerseits eine gummöse Erkrankung des Gaumensegels und andererseits ein ausgedehntes, gummöses Syphilid des Gesichtes.

Hier also, meine Herren, haben Sie die Geschichte einer acquirirten Syphilis der Kindheit, für die wir im Zeitraume von Einem Monate 10 Fälle bei den Erwachsenen als Gegenstück hier finden würden. Denn so ist Zug für Zug, ich wiederhole es noch einmal, die Geschichte einer Anzahl von Fällen acquirirter Syphilis bei Erwachsenen, die anfänglich mit einem syphilitischen Primäraffect behaftet sind, der einige Monate nachher von verschiedenen secundären Erscheinungen gefolgt ist, dann für einige Jahre hindurch unter dem Einflusse einer specifischen Behandlung anscheinend gesund bleiben, und endlich plötzlich von dieser oder jener gummösen Erkrankung befallen werden.

Ich sage Ihnen sicher nicht, dass die acquirirte Syphilis der Kindheit sich immer und unveränderlich nach dem Bilde der acquirirten Syphilis des Erwachsenen richtet, das wäre eine klinische Haeresie; denn es gibt Fälle, wo sie so vollständig als möglich sich unterscheidet,

in den Fällen z. B., wo sie tödtlich verläuft oder das Kind in kurzer Zeit dahinrafft, was bei den Erwachsenen nicht vorkommt.

Aber ich sage Ihnen hier nur die stricteste Wahrheit, nämlich, dass sie in der Mehrzahl der Fälle und vorzüglich dann, wenn sie den schon ansgebildeten Organismus ergreift, also überhaupt, um mich genau auszudrücken, wenn sie Kinder von drei, fünf, zehn Jahren und darüber ergreift, beinahe beständig, sowohl was Symptome, als auch Entwicklung anbelangt, der Syphilis des vorgerückten Alters bis auf wenige secundäre Unähnlichkeiten die sich auf die Differenz des Alters, den Gewohnheiten, dem Incliniren zu gewissen Krankheitserscheinungen und das Vorherrschen gewisser functioneller Erscheinungen dieses oder jenes Systems beziehen, und dies allerdings mit einem ganz speciellen Unterschiede, welchen ich Ihnen erwähnen werde, gleicht.

Bei den Erwachsenen ist der Initialaffect der Syphilis, wie jedermann weiss, mit einer enormen Häufigkeit an den Genitalorganen, und dies natürlich, weil bei den Erwachsenen sich die syphilitische Ansteckung meist durch den geschlechtlichen Verkehr vermittelt.

Die Syphilis der Kindheit aber ganz im Gegentheil hat nur selten einen Genitalschanker als Ausgangspunkt. So habe ich in 15 Fällen von infantiler Syphilis, in denen ich die Initialerscheinungen der Krankheit nur angemerkt habe, den Primäraffect nur zweimal an den Genitalorganen gefunden, während ich ihn 13-mal anderswo gefunden habe; nämlich

am Munde	5-mal
im Gesichte	4 „
an anderen Theilen (Hals, Abdomen, Perinaeum)	4 „

Und dies begreift sich von selbst; denn das Kind wird nie durch die Genitalwege mit Ausnahme des glücklicherweise seltenen Falles eines criminellen Attentates inficirt, daher auch natürlicherweise bei ihm die Seltenheit des syphilitischen Primäraffectes am Genitale.

Da in der grossen Mehrzahl der Fälle bei dem Kinde die Ansteckung das Resultat eines Zufalles und keines geschlechtlichen Umganges ist, so nimmt die Erscheinung, welche diese Ansteckung verräth, einen anderen Sitz als die genitale Sphäre ein.

IV.

Welche Prognose, welcher Grad der Schwere kommt der acquirirten Syphilis der Kindheit zu?

Sie wissen, welch' traurige und schreckliche Prognose die hereditäre Syphilis hat. Sie tödtet eine Anzahl von Kindern an der Schwelle des Lebens, in den ersten Tagen, ersten Wochen, ersten Monaten, ohne von der viel grösseren Zahl derer zu sprechen, welche im Uterus schon absterben; so dass im Ganzen von hundert Kindern, die von syphilitischen Eltern abstammen, nach verschiedenen Statistiken 70 bis 83 zu verschiedenen Zeiten in Folge ihrer hereditären Ansteckung sterben.

Ist nun dasselbe bei der acquirirten Syphilis der Kindheit der Fall? — Sicher nicht. Hier ist der Tod nicht die Regel, nicht einmal gewöhnlich. Die Regel ist, dass die Kinder gewöhnlich am Leben bleiben, so dass

ich bei 42 Fällen meiner Privatpraxis nur ein einziges Kind verloren habe, das an Auszehrung mit kachektischer Pneumonie starb.

Der Contrast ist also frappant, was die Prognose betrifft. Er ist es in dem Grade, dass er schon in alter Zeit gekannt war. Hören Sie z. B. nur die wenigen Worte von Ambroise Parè: „Man sieht sehr selten, dass Kinder, die mit diesen Erkrankungen geboren sind, ihre Genesung erlangen. Aber diejenigen, die sie durch ihre Ammen oder auf andere Weise bekommen, also wenn sie schon grösser sind, werden manchmal geheilt.“

Ich mache eine Ausnahme für dieses „manchmal,“ weil der Fortschritt der Therapie es in „gewöhnlich“ geändert hat.

Aber die Prognose des Ambroise Paré ist eine bewunderungswürdig genaue Beobachtung. Mit der Erfahrung der nach A. Paré verflossenen 300 Jahre könnte sie ein Arzt unserer Tage nicht besser aussprechen.

Bleiben wir bei diesem sehr wichtigem Punkte, indem wir ihn von verschiedenen Gesichtspunkten betrachten.

Das, was man, wenn nicht als Regel, doch als häufige Thatsache hinstellen kann, ist, dass die acquirirte Syphilis der Kindheit in der Regel gut ertragen wird. Es ist keine Uebertreibung, wenn ich sage, dass von 10, in verschiedenem Alter nach der Geburt mit Syphilis inficirten Kindern sich 9 aus der Affaire ziehen, gestatten Sie mir das Wort, und zwar auf eine glückliche Weise, wenigstents insoweit es die erste und zweite Etappe der Krankheit betrifft. Was man also gewöhnlich als symptomatologisches Gesammtbild der Syphilis dieser Art beobachtet, ist folgendes:

Anfänglich einen harten Schanker, einen beinahe meist benignen Schanker, der oft kurze Zeit dauert, ja sogar vorübergehend ist, manchmal unbemerkt bleibt oder wenigstens insoweit, dass er in vielen Fällen verkannt wird, und dies eben infolge seiner Gutartigkeit als locale Laesion.

Später folgen verschiedene secundäre Erscheinungen, nämlich folgende: In erster Linie nach ihrer Häufigkeit Schleimhautpapeln (am Mund, der Vulva, der Region um den After, am Scrotum, am Nabel). Meist Syphiliden von erythemato-papulösem Typus, Drüsenschwellungen, Alopecie, seltener Iritis. Und bei all' diesem, — ich bitte diesen Punkt, den wir bald zur Diagnose benützen werden, genau zu merken, — ein in den meisten Fällen wenig getrübter Allgemeinzustand, der manchmal sogar befriedigend ist. Es ist eine staunenswerthe Thatsache, dass die Kinder, welche an einer auf diese Weise acquirirten Syphilis leiden, in einer grossen Zahl von Fällen sich so befinden, als ob sie gar nichts hätten. Man könnte glauben, dass ihre Gesundheit durch die Ansteckung, der sie unterlagen, nicht alterirt wurde. Ich habe schon eine Anzahl von Kindern gesehen, welche trotz der acquirirten Syphilis sich einer vollkommenen Gesundheit, ohne die geringste Störung des Allgemeinbefindens erfreuten. Ich habe Ihnen dieses Jahr selbst zwei gezeigt, die unter diesen Bedingungen dick, gross, frisch, mit einem Wort prächtig aussehend geblieben sind.

So bleibt also häufig, ja sehr häufig die Syphilis bei diesen Kindern unbemerkt, weil sie im gewöhnlichen Sinne des Wortes nicht krank sind. Auf das, was sie haben, auf das Wenige, was sie haben, achten ihre Eltern oder vielmehr ihre Ammen nicht und beschäftigen sich damit nicht, weil die Kinder ja nicht krank sind. Ihre Syphiliden hält man für Kinder-

ausschläge oder für Milchkrusten oder Ausschläge, die von der Zahnung herkommen. Ebenso werden die Schleimhautpapeln im Munde für Zahnerscheinungen gehalten u. s. w., so dass also oft nur der Zufall, ein äusserer und absolut zufälliger Anlass schuld ist, dass man den Schanker erkennt, wie es mir neulich bei einem Kinde, zu dem ich wegen einer Bronchitis gerufen wurde, geschah.

Ich fand allerdings bei ihm die fragliche Bronchitis, aber ich fand zum grossen Erstaunen der Eltern noch mehr, nämlich eine acquirirte Syphilis, die bis dahin nicht erkannt worden war.

So finden sich viele und viele Fälle erwähnt. Dass es nicht immer so ist, stimme ich zu. Manchmal leidet der allgemeine Ernährungszustand unter dem Einfluss der Diathese und man sieht dann das Kind blass, anämisch, schwach werden, seine Munterkeit, seine Lebenslust, seinen gewöhnlichen Appetit verlieren.

Aber welcher Unterschied ist noch in diesen Fällen zwischen diesen geschwächten, kränklichen Kindern gegenüber den schrecklichen kleinen Greisen, diesen verkrüppelten, verkümmerten, ausgezehrten, affenähnlichen, kachektischen, beinahe Cadavern ähnlichen Wesen, welche die hereditäre Syphilis so häufig hervorbringt!

Man kann von diesem Gesichtspunkte aus keine Aehnlichkeit, keine Parallele ziehen in Bezug auf die Reaction auf den Organismus, welche die acquirirte Syphilis der Kindheit hervorbringt, die ja gewöhnlich gut ertragen wird, und welche die hereditäre Syphilis zeigt, die gewöhnlich schwer und in einer grossen Zal von Fällen tödtlich ist.

Dennoch, obwohl diese Gutartigkeit der acquirirten Syphilis der Kindheit gewöhnlich ist, so ist sie doch gewiss nicht constant. Als Probe diene:

Es gibt Kinder, bei welchen die Syphilis sofort schwer wird und schwer in einem so hohen Grade, dass sie das Leben in Frage stellt, ja selbst in einer raschen Weise mit dem Tode endigt.

Und wie wird sie in einem solchen Falle schwer? Sind die wichtigen specifischen Erscheinungen die Schuld, ausgedehnte oder phagädenische Ulcerationen oder gummöse Laesionen, die sich in den Eingeweiden entwickelt haben? Einigemale ja, aber nicht sehr oft. Das häufigste ist, dass sie unter diesen Bedingungen auf eine andere Art drohend werden, nämlich durch den Eintritt von allgemeinen Störungen, welche die Ernährung beeinflussen, welche die Kräfte herabsetzen, welche alle Quellen des Lebens zu erschöpfen scheinen. Man sieht dann diese Kinder anfänglich an Appetit verlieren, keine Nahrung, selbst nicht die Milch mehr vertragen, alles erbrechen, was man ihnen gibt, und an einer widerspenstigen, nicht zu stillenden Diarrhöe leiden. Bald aber natürlich werden sie blass, schwach, magern ab und verkümmern in einer unglaublich schnellen Weise, zehren aus und gehen dann in einen adynamischen Zustand, in eine progressive Auszehrung über. Endlich gehen diese Kinder an Erschöpfung zu Grunde oder werden durch eine jener letzteren Erkrankungen, welche als gewöhnliche Lösung aller kachektischen Zustände erscheinen, wie die Pneumonie z. B., dahingerafft, so dass diese Kinder, obwohl sie durch die Syphilis zu Grunde gehen, doch weniger an der Syphilis als an einer subacuten Erschöpfung, an einer raschen oder plötzlichen Kachexie eines unerklärbaren Ursprungs sterben, eines Ursprunges, der allem Anscheine nach, nicht specifisch ist. Die Autopsie gab

auch in der That niemals eine sichere Todesursache an und zeigte nur die Erscheinungen der gewöhnlichen Kachexie.

Erinnern Sie sich bei dieser Gelegenheit an einen unserer kleinen Patienten, welchen wir unter solchen Erscheinungen zu Beginn dieses Jahres verloren haben. Es war ein hübsches Kind, sogar ein sehr hübsches Kind, versicherte man, als es die Syphilis von seiner Mutter, die dieselbe von dem Vater hatte, acquirirte. Anfänglich oder wenigstens bei Beginn des Eintrittes der secundären Periode zeigte es eine Reihe von alarmirenden Symptomen: Appetitlosigkeit, Erbrechen, Diarrhoe, Blässe, Abmagerung, täglichen Gewichtsverlust. Der Ansturm konnte jedoch beschworen werden. Dank einer energischen Behandlung (mercurielle Einreibung und Jodkali) widerstand das Kind diesem ersten Anfall. Es wurde nicht allein von diesen specifischen Zufällen geheilt, sondern erholte sich auch, was seinen Allgemeinzustand betraf, so sehr, dass man es ausser Gefahr glauben konnte, als es uns am letzten October verliess. Aber einige Monate später wurde es uns mit ganz anderen Erscheinungen zugeführt, nämlich: Recidive der specifischen Erscheinungen unter der Form von Ulcerationen am Munde und Gummen an den Lippen; kachektische Blässe, ausserordentliche Abmagerung, Schwäche und selbst Adynamie; zahlreiche digestive Störungen, (Appetitlosigkeit, Erbrechen, Nichtbehalten jeglicher Nahrung, Diarrhoe, Aufblähung des Bauches). Diesmal blieb die Behandlung fruchtlos. Der kleine Kranke ging schnell dem Marasmus entgegen und wurde nach einigen Tagen durch eine Pneumonie dahingerafft.

Es gibt sogar Fälle, wo sich die Syphilis noch rascher tödtlich zeigte, bis zu dem Grade, dass sie die Kinder im Verlaufe einiger Monate dahinraffte. Und hier in der That wäre ich nur in Verlegenheit betreff der Anzahl der Fälle, wenn ich diesen Gegenstand in extenso behandeln und Ihnen durch Beispiele den gefährlichen Einfluss der acquirirten Syphilis auf die Kinder schildern sollte. Es möge genügen, Ihnen summarisch das zu erwähnen, was bei den vaccinalen Epidemieen der Syphilis vorkam und wo man eine gewisse Anzahl angesteckter Kinder und zwar mit einer aussergewöhnlichen Schnelligkeit zu Grunde gehen sah.

In Rivalta z. B. zählte man unter 35 durch Vaccine inficirter Kinder nicht weniger als 10 Todte.

Ebenso bei der Epidemie von Brive, die von Doctor Bardinet beschrieben wurde und jene Hebamme betraf, welche einer Anzahl von Frauen im Wochenbett durch eine syphilitische Wunde am Finger die Syphilis übertrug; es wurden auf diese Weise 10 Kinder inficirt und 4 aus dieser Zahl starben.

Es ist wohl ganz gewiss, dass bei Fällen dieser Art, wie bei allen, ähnlicher Art, verschiedene Ursachen (wie angeborene Schwäche, ungenügende Ernährung, Fehler in der Hygiene, Elend) sich mit der Syphilis verbunden haben, um ein tödtliches Ende herbeizuführen. Aber immerhin hat die Syphilis ganz gewiss ihren Theil und ihren guten Theil bei diesen Unglücksfällen gehabt und sie ist für eine gewisse Quantität der Verstorbenen verantwortlich zu machen.

Die Erfahrung lässt uns auch noch hinzufügen, dass die Schwere dieser acquirirten Syphilis der Kindheit nicht für jedes Alter gleich ist. Die angesteckten Kinder des ganz jugendlichen Alters sind dem zer-

störenden, depressiven und kachektischen Charakter der Krankheit viel mehr zugänglich als die eines vorgerückteren Alters. Daher ist die Syphilis in den ersten Lebensmonaten vorzüglich schwer und meist tödtlich. Sie ist noch schwer im Verlaufe des ersten Jahres, später aber im Gegentheil, ich verstehe darunter im 2, 3. und vorzüglich im 4. oder 5. Lebensjahre hat sie eine ungleich weniger ernste Prognose, ja ich möchte sagen, sie hat eine beinahe günstige, was die Gegenwart betrifft, wobei natürlich für eine spätere Periode Ausnahmen gemacht werden müssen.

Mit einem Wort, es sind die Neugeborenen, die noch wenig entwickelten Kinder, an welchen die Syphilis sich in einer drohenden Form entwickelt und zwar sofort in den ersten Zeiten der Ansteckung, während die Kinder, die im Alter vorgerückt sind, die schon ausgebildeten Kinder, beinahe immer diesen drohenden Gefahren entgehen und für die Gegenwart sie wenigstens leicht ertragen, manchmal ebenso leicht, wenn nicht besser, als erwachsene Personen.

V.

Mag die acquirirte Syphilis der Kindheit, von welcher Provenienz sie auch immer sei, anfänglich gutartig oder schwer sein, so birgt sie in jedem Falle die jeder Syphilis gemeinsame Gefahr für die Zukunft in sich, nämlich den Tertiarismus, d. h. das Gesammtbild der Erscheinungen, welche dieser Diathese in einer früheren oder späteren Zeit manchmal staunenswerth lang nach der Infection, zum Ausdrucke dienen.

Mit einem Worte, die acquirirte Syphilis der Kindheit hat ihre tertiäre Periode wie jede andere Syphilis. Diesen Schluss erlaubt die theoretische Ueberlegung und bestätigt die Erfahrung ganz vollständig. Und Sie finden in der That eine Anzahl von Beobachtungen aufgezeichnet, welche beweisen, dass die Syphilis, die sich jemand, sei es im ganz jugendlichen Alter, sei es in verschiedenen Etappen der Kindheit zuzog, sich später zeigte, nämlich nach 5, 10, 15, 18, 20 und 25 Jahren und zwar durch verschiedene specifische Erscheinungen, denen man gewöhnlich und landläufig den Namen tertiäre gibt und von denen ich jetzt nur die gewöhnlichsten citiren will:

Gummöse Syphiliden — subcutane Gummen — Knochenerkrankungen unter der Form von Periostitiden — Periostosen — Exostosen — Hyperostosen — Knochengummen etc. — Gelenkserkrankungen — gummöse Erkrankungen des Gaumensegels, die sehr häufig von Perforationen, wenn sie nicht zur rechten Zeit erkannt und behandelt worden sind, gefolgt sind, — gummöse Erkrankungen des Pharyux, Erkrankungen der Nasenhöhle mit Nekrose, Ozoena, Perforation des knöchernen Gaumens, Perforation der Nasenscheidewand, Einsinken der Nase. — Augenerkrankungen, Erkrankungen des Larynx — Paralyse der Augenmuskel, Erscheinungen einer specifischen Gehirnentzündung, der cerebralen Syphilis, wie man gewöhnlich sagt, einigemale auch die schrecklichen Erscheinungen des tertiären Phagaedenismus etc. etc.

Als einige klinische Beispiele erwähne ich

I. Eine kleine Kranke, die uns unser College Doctor Hallopeau freundlichst zeigte, wurde in ganz jugendlichem Alter durch ihre Amme inficirt. Mit 12 Jahren hatte sie eine gummöse Erkrankung, welche

ihr das Gaumensegel perforirte und bekam dann später ein phagedänisches Syphilid des Gesichtes, welches auf einer Seite die Nase weit eröffnete. Dieses Kind ist heutzutage schrecklich entstellt.

II. Eine Beobachtung des Professor Verneuil bezieht sich auf ein Kind, welches im Alter von 2 Jahren von seiner Mutter, die vor kurzem durch einen syphilitischen Säugling inficirt worden war, inficirt wurde. Mit 12 Jahren zeigte dieses Kind verschiedene Knochenerkrankungen, von denen es durch eine specifische Behandlung geheilt wurde. Mit 17 Jahren wurde es von Gummen des Haut- und Unterhautzellgewebes befallen, welche ein ganzes Bein ergriffen, und von denen es dieselbe Behandlung befreite.

III. Ein junges Mädchen, das wir voriges Jahr in unsern Krankensälen hatten, erkrankte im Alter von einigen Monaten durch seine Mutter, welche von einem hereditär-syphilitischen Säugling inficirt wurde, an Lues. Nachdem es in diesem jugendlichen Alter einige Erscheinungen dargeboten hatte, wurde es der Reihe nach ergriffen,

mit 4 Jahren von gummösen Syphiliden eines Fusses;

mit 13 Jahren von ähnlichen Syphiliden desselben Sitzes;

mit 16 Jahren von einem Gaumengumma mit Perforation des Gaumens.

IV. Ein kleines Mädchen, von dem ich Ihnen schon kürzlich gesprochen habe, wurde das Opfer eines verbrecherischen Attentates im Alter von 5 Jahren und bekam einen syphilitischen Schanker der Scheide, der bald von verschiedenen secundären Erscheinungen gefolgt war (nämlich Roseola, Schleimhautpapeln, Drüsenschwellungen, Haarausfallen). Ich behandelte es und es wurde geheilt; 8 Jahre vergingen ohne Erscheinungen. Mit 13 Jahren wurde uns das Kind mit einer zweifachen Erkrankung zugeführt. Mit einem Gumma des Gaumensegels und einem ausgedehnten gummösen Syphilid des Gesichtes.

V. 1885 wurde ich von einer jungen 25jährigen Frau wegen einer enormen ulcerösen Erkrankung des Beins, welche ich leicht für ein gummöses Syphilid, das mit einem serpiginösen Phagädenismus complicirt war, erkennen konnte, consultirt. Diese Frau leugnete jedes verdächtigte Antecedens und auch ihr Gemahl erklärte, niemals von Syphilis afficirt gewesen zu sein. Ich war also erstaunt, zwar nicht über die Natur, aber über den Ursprung dieser Syphilis, als mir die Schwester der Erkrankten heimlich mittheilte, was die Kranke selbst nicht wusste, 1. dass ihre Mutter mit Syphilis inficirt wurde, als sie aus Gefälligkeit einem fremden syphilitischen Kinde die Brust gab und 2. dass zu dieser Epoche unsere gegenwärtige Kranke, die damals von ihrer Mutter gestillt wurde, von dieser angesteckt wurde und dass selbe lange Zeit wegen syphilitischen Erscheinungen von meinem berühmten Lehrer Doctor Chassaignac behandelt wurde.

Und so gibt es viele und viele ähnliche Fälle.

Nun, meine Herren, alle diese tertiären Erscheinungen, die in einem kürzeren oder längeren Zeitraum nach der ursprünglichen Ansteckung, ja manchmal in ungewöhnlich später Zeit sich entwickelt haben, wie z. B. im letzten früher citirten Falle nach 23 Jahren, haben für die Praxis eine bedeutende Wichtigkeit und dies aus 2 Gründen:

1. weil sie sehr schwere Erscheinungen sind, welche meistens die Kranken ernstlichen Gefahren aussetzen,

2. weil diese Erkrankungen sehr leicht nicht als specifische Erscheinungen erkannt werden;

3. weil sie, wenn sie nicht erkannt sind, sehr unglücklich enden, während sie, wenn man ihren wahren Ursprung erkennt, diesen staunenswerthen Heilerfolgen zugänglich sind, die sehr häufig die specifische Behandlung hervorbringt.

Ist es nothwendig, diesen dreifachen Satz zu bestätigen? Lassen Sie mich dies mit einigen Worten thun, denn wir sind hier mehr als anderswo auf dem praktischen Terrain.

Ich habe Ihnen anfänglich gesagt, dass es meist schwere Erkrankungen sind und es sind in der That alle diese tertiären Erkrankungen tiefe, parenchymatöse, die die Integrität der Organe, die sie afficiren, schwer schädigen, ja die in theilweise oder allgemeine Zerstörungen ausgehen können (wie z. B. des Gaumensegels, was sehr häufig ist), die das Gesicht durch tiefe Narben, durch Deformationen oder Einsinken der Nase entstellen können, die in Schädigungen aller Art endigen, ja selbst das Leben bedrohen können, wenn sie wichtige Eingeweide befallen.

Es ist aber klar, dass alle diese Erkrankungen sehr häufig der Möglichkeit ausgesetzt sind, ihrer Natur nach verkannt zu werden und dies aus dem einfachen Grunde, weil die acquirirte Syphilis der Kindheit eine Ueberraschung, ein ungewöhnliches, anormales Factum, ein aussergewöhnlicher Zufall ist. Scheint ja nicht in der That die jugendliche Unschuld allein schon ein Schutz gegen die syphilitische Ansteckung zu sein? Erwartet man aber überhaupt, dass ein Kind die Syphilis von seiner Amme oder seiner Bonne bekommt? Denkt man jemals, wenn man es zur Impfung führt, dass es die Syphilis an Stelle der Vaccine oder mit derselben eingeimpft bekommen könnte? Kann man vermuthen, dass ein Kind durch den Kuss eines Besuches, durch Berührung irgend eines Gegenstendes, oder gar von einem andern Kinde inficirt worden sei?

Es gibt ja sogar Familien, bei denen auf diese Art die Syphilis eingeschleppt wird, welche in Bezug auf diese ganz unerfahren sind.

Bei diesem Falle erinnere ich mich an eine junge Dame, die bald nach ihrer Heirat Witwe wurde, deren Kind die Syphilis durch eine Amme bekam. Als ich ihr, wie ich verpflichtet war, anzeigte, was vorging, fragte sie mich ohne Ueberraschung und auf die ungenirteste Weise der Welt: „Was ist denn das Syphilis?“ — Es ist wohl unnöthig, Ihnen zu sagen, dass diese Frau die Syphilis bei ihrem Kinde verkannt hätte, da sie ja nicht einmal die Existenz derselben kannte, und dass sie dieselbe sich hätte ruhig weiter entwickeln lassen ohne Kenntnis der Gefahr, der dieses Kind für die Gegenwart und für die Zukunft ausgesetzt war.

Die Syphilis des jugendlichen Alters hat auch viele andere Gründe für sich, dass sie unerkannt bleibt. Vor allem andern ist sie meist bei ihrem Erscheinen gutartig, wie wir es früher schon gesagt haben, und es ist das mit ein Grund, dass man sich wenig beunruhigt, dass man ihr wenig Aufmerksamkeit schenkt oder sie gar nicht beachtet. Ebenso werden die Haut- oder Schleimhauterscheinungen, welche ihr gewöhnlichster Ausdruck sind, sehr leicht in den Familien für unbedeutende Krankheitserscheinungen gehalten. Man hält die Syphiliden für diesen oder jenen Ausschlag, der bei den Kindern ja so gewöhnlich vorkommt,

besonders im Gesicht und in der genito-analen Partie. Die Plaques im Munde hält man für Erscheinungen der Dentition u. s. w., so kommt es oft einem Arzte vor, dass später, wo tertiäre Erscheinungen constatirt werden, dass er in den Erzählungen eine ganze Geschichte der acquirirten Syphilis findet, deren verschiedene Formen der Reihe nach nicht erkannt wurden.

Ein Beispiel dieser Art theile ich Ihnen mit.

Ein Kind von 7 Jahren ist mir wegen einer gummösen Erkrankung des Gaumensegels vorgeführt worden. Diese Erkrankung war aller Gewissheit nach syphilitisch. Ich glaubte anfänglich, es mit einer hereditär, syphilitischen Erscheinung zu thun zu haben und interpellirte die Eltern in diesem Sinne. Absolutes Ableugnen, das den Charakter der Wahrheit trägt; ich acceptire die Hypothese einer acquirirten Syphilis: nicht minder bestimmtes Ableugnen. Dennoch setze ich meine Nachforschungen in diesem Sinne fort und entdecke durch die Mittheilungen, die mir gemacht werden, die ganz klaren Beweise einer durch das Kind im jugendlichen Alter acquirirten Syphilis, eines nach dem anderen, aber von einer Syphilis, deren Symptome verkannt wurden, nämlich: Einen Knoten an der Unterlippe mit submaxillarer Drüsenschwellung, einige Wochen später einen profusen Ausschlag, rothe Flecken, die mehr als einen Monat gedauert haben, — dann Erosionen an den Lippen, Erosionen an den Genitalorganen, Erosionen um den After; — Hals-Drüsenschwellung, Alopecie, Iritis. Endlich als Gegenstück Mittheilungen, die keinen Zweifel über eine frühere Syphilis der Amme, die das Kind gestillt hat, liessen.

Aus dem Vorhergehenden kann man sofort einen Schluss über den Hauptgegenstand, dessen Studium wir verfolgen, ziehen; er ist folgender: dass die tertiären Erscheinungen der in der Kindheit acquirirten Syphilis, wenn sie, wie in der Mehrzahl der Fälle, der Antecedentien entbehren, sehr häufig auch der Möglichkeit ausgesetzt sind, ihrer Natur nach verkannt zu werden, d. h. dass sie für Erscheinungen, die einer anderen Ursache ihre Entstehung verdanken, gehalten werden.

Ein doppelter Grund erzeugt diesen Irrthum, zunächst tragen diese Erscheinungen nicht immer den Stempel der Syphilis an sich, d. h. sie ziehen die Aufmerksamkeit nicht durch ein eigenthümliches Aussehen auf sich. Ricord sagt sehr zutreffend: „Die veraltete Syphilis nimmt eine anständige Miene an,“ sie zeigt sich in einer Anzahl von Fällen nur durch Erscheinungen gewöhnlicher Art, die keinen specifischen Erscheinungen ähnlich sind.

Unterscheidet sich denn z. B. ein tertiäres Gumma durch sichtbare Zeichen von einem scrophulösen Gumma? — Zeigt eine specifische Ophthalmie einen leicht erkennbaren Unterschied von einer gewöhnlichen Ophthalmie? — Noch mehr: hat eine syphilitische Krankheitserscheinung des Gehirns das geringste Symptom, das nicht auch eine gewöhnliche Gehirnerkrankung hervorbringen könnte?

Weiter zeigen sich die Erscheinungen der in der Kindheit acquirirten tertiären Syphilis häufig zu jener Periode des Lebens, in der sich mit grosser Häufigkeit eine andere sehr verbreitete Krankheit zeigt, und zwar eine Krankheit, die mehr als eine klinische Analogie mit der Syphilis hat, nämlich die Scrophulose. Daher wird die Syphilis auch häufig mit den scrophulösen Erscheinungen verwechselt. Zahlreich sind in

der That die Fälle, wo diagnostische Fehler begangen worden sind. Die drei folgenden werden genügen, Sie zu überzeugen.

Erinnern Sie sich zunächst an jenen kleinen Knaben von 12 Jahren, der vor einigen Monaten in unseren Sälen wegen Gehirnsyphilis (Kopfschmerzen, Ptosis, Strabismus, Schädigung der Intelligenz, Erbrechen) aufgenommen wurde und der unter dem Einfluss der specifischen Behandlung so glücklich geheilt wurde. Seine Krankengeschichte gehört zu den einfachsten: Im ganz jugendlichen Alter hatte er die Syphilis von seiner Mutter bekommen, welche dieselbe von einem Säugling erbte. Nachdem er zu dieser Zeit durch einige Monate behandelt worden war, schien er eine gewisse Zeit lang geheilt zu sein. Einige Jahre später wurde er von chronischen Ophthalmien befallen, die für scrophulös gehalten wurden und lange Zeit ohne den geringsten Erfolg einer antiscrophulösen Behandlung unterzogen wurden. Zwei Jahre später wurde er von Knochenerkrankungen, deren Specificität noch heutzutage unbestritten ist, befallen. Diese Knochenerkrankungen hinterliessen Hyperostosen. Auch diese Erkrankungen wurden demungeachtet hartnäckig nicht anders als mit Leberthran behandelt, d. h. soviel, dass auch sie für Scrophulose gehalten wurden. Endlich im Alter von 12 Jahren kam es zu cerebralen Störungen und man hatte ihretwegen schon die Diagnose einer tuberculösen Meningitis, bevor das Kind bei uns eintrat, gemacht. Es ist wohl unnöthig zu erwähnen, was daraus geworden wäre, wenn unsere Aufgabe, die Diagnose zu rectificiren, nicht leicht gewesen wäre.

Dasselbe gilt für ein junges Mädchen, von dem ich Ihnen schon gesprochen habe, welches im Alter von 7 Jahren durch Kathetherismus der Eustachischen Ohrtrompete inficirt wurde. Als es im Alter von 13 oder 14 Jahren anfing, sich über den Hals zu beklagen, und schlecht von der Nase zu riechen begann, hielt man diese Erscheinung für Scrophulose, so dass sie während 2 Jahren Leberthran und nichts als das nahm. Es war ein Zufall, wie Sie bald sehen werden, dass sie nicht noch länger dieses unnütze Medicament nahm. Eines Tages in den Ferien, ferne von Paris, begegnete ich diesem Kinde, das ich früher behandelt hatte, mit seiner Mutter. Die Mutter benützte die Gelegenheit, um mich zu fragen, ob das Mädchen nicht wegen der Hitze der Jahreszeit einige Zeit den Leberthran weglassen könnte, da er ihr widerstand, und den Magen beschwere. Bevor ich mich aussprach, verlangte ich wenigstens einen Blick in den Hals der Kranken werfen zu können und wie gross war nicht mein Erstaunen, das, was ich am wenigsten erwartete, (denn ich wusste noch nichts von den Antecedentien des Kindes), eine enorme gummöse Erkrankung der hinteren Rachenwand zu finden, eine phagädenische Erkrankung, deren Specificität klar war.

Sofort gab ich statt Leberthran Jodkali und dieses wunderbare Heilmittel that in drei Wochen das, was der Leberthran nicht in zwei Jahren gethan hatte, es heschränkte die phagädenischen Ulcerationen und heilte das Geschwür im Halse.

Geradeso war auch — denn alle diese Fälle sind sich einander ähnlich bis zu der Art, dass man sie einen wie von dem andern copirt betrachten könnte — die Geschichte eines jungen Mädchens, welches wir die letzten Jahre in unserer Klinik behandelten und bei der ein Irrthum derselben Art zu schrecklichen phagädenischen Ulcerationen führte. Ihre lange Krankengeschichte, ich könnte sagen, ihr langes Martyrium lässt sich in

dem zusammenfassen: Im Alter von 4 Jahren Erscheinung von chronischen Ophthalmien; etwas später Ulceration des Gaumensegels und Perforation desselben; mit 5 Jahren ausgebreitete Ulceration des Vorderarmes, mit 9 Jahren und zwar von 9 bis 18 Jahren eine beinahe ununterbrochene Reihe von Krankheitserscheinungen zweierlei Art, nämlich: einerseits Hauterkrankungen, die ganz den phagädenischen Charakter hatten und in einer ausserordentlichen Ausdehnung den Vorderarm, die Beine, das Gesicht und die behaarte Kopfhaut erfassten; andererseits Knochenerkrankungen und osteoarticuläre Erkrankungen am Vorderarm, den Armen und Beinen, dem Schädeldach und der Gesichtsknochen, Erkrankungen, die an den meisten Orten von Nekrosen gefolgt waren, am Vorderarm sogar einen wahren Knochen-Phagädenismus, der eine grosse Partie des Radius und des Ellbogengelenkes zerstört und aufgezehrt hatte.

Und nun, meine Herren, achten Sie wohl darauf: bis zum Alter von 18 Jahren wurden alle diese Erkrankungen, die ich der Reihe nach aufgezählt, für scrophulöse Erkrankungen gehalten und natürlich als solche behandelt. Die Kranke, man kann es sagen, schwelgte beinahe in Leberthran, von dem sie Monate hindurch ein grosses Glas täglich trank. Sie trank auch literweise Jodeisensyrup, antiscorbutischen Syrup, Quinquina und Gentianawein und verschiedene bittere Mittel etc., das alles war umsonst, so dass beim Eintritt in das Spital der grösste Theil der vorher citirten Laesionen sich noch im vollen Fortschreiten befand und wirklich einen schrecklichen Anblick bot.

Durch den langen und deutlichen Misserfolg der früheren Behandlungsweise aufgeklärt, befolgte ich eine ganz andere als die bisherige und zwar diesmal eine exclusiv antisyphilitische Behandlung. Sie haben das Resultat gesehen. Die Erscheinungen, die seit 9 Jahren der antiscrophulösen Behandlung Widerstand leisteten, besserten sich sofort und heilten in kurzer Zeit.

Der Beweis war erbracht, es war evident, dass alle diese Erscheinungen eine specifische Ursache hatten. Dennoch hatten wir die Neugierde, eine Nachforschung über die Antecedentien der Kranken anzustellen, und nicht ohne Mühe und nach langen fruchtlosen Fragen erhielten wir die Gewissheit, dass einerseits dieses junge Mädchen von gesunden Eltern geboren war, die selbst nicht einmal an Scrophulose litten, und dass andererseits dasselbe in jugendlichem Alter von einer Amme mit Syphilis inficirt worden war.

Nachdem ich dies erwähnt habe, ist es nun nothwendig, beim dritten Punkte der Ansicht, die ich entwickle, zu verweilen, nämlich bei den unglücklichen Consequenzen dieser in einer ähnlichen Lage begangenen Irrthümer? Die Beispiele, welche ich Ihnen vorführte, müssen ja thatsächlich ihre Ueberzeugung über diesen Gegenstand befestigt haben.

Von einer falschen Diagnose kommt natürlich eine schlechte Therapie. Und was ereignet sich dann? Das, dass diese Erkrankungen, wenn sie einer unpassenden Behandlung unterworfen werden, fortbestehen, sich ausbreiten, schwerer werden, sich vervielfältigen, ja dass sie, wie Sie in den zwei letzt citirten Fällen gesehen haben, den phagädenischen Charakter annehmen können, um endlich in Verstümmlungen und nicht zu verbessernden Zerstörungen zu enden etc., während ganz im Gegentheil, wenn sie der einzig passenden Behandlung unterzogen werden, diese

selben Erkrankungen beinahe unfehlbar in ihrem Weiterschreiten eingedämmt und rasch geheilt werden. Ich wiederhole es und kann es nicht oft genug wiederholen, dass die Irrthümer dieser Art oft traurige Resultate haben, die um so trauriger sind, als sie leicht vermieden werden könnten. Denn einerseits wird die specifische Behandlung und das Jodkali von den Kindern und Adolescenten wunderbar vertragen; andererseits ist die Wirkung, die durch diese Behandlungsweise auf syphilitische Erscheinungen der Kindheit und der Adolescenz ausgeübt wird, bewunderungswürdig, wahrscheinlich aus dem Grunde, weil die Reaction und die Lebenskraft ausserordentlich mächtig ist.

Wenn man in der Kindheit oder in der Adolescenz mit starken Dosen und zur rechten Zeit auf eine syphilitische Erkrankung einwirkt, so hat man beinahe einen sicheren Erfolg, einen Erfolg, welcher manchmal ans Wunderbare grenzt. Wie durch einen Zauberschlag gehen diese Erscheinungen zurück und verschwinden. Als Probe dienen die vorher angeführten Fälle.

Eine dreifache Lehre für die Praxis erhellt daraus:

Wenn man bei einem Kinde oder einem Heranwachsenden, ich könnte sogar sagen, bei einem Erwachsenen eine Erkrankung findet, die man rationeller Weise der Syphilis zuschreiben kann, ja eine Erkrankung, die nur einfach den Verdacht auf Syphilis erregt, so darf man niemals unterlassen, eine vollständige Untersuchung über die Antecedentien der Personen zu pflegen und in dieser Untersuchung einen Platz für die Möglichkeit einer persönlichen Infection, die im Jugendalter zugezogen wurde, offen zu lassen; zweitens: sofort, die specifische Behandlung und vorzüglich das Jodkali in Anwendung zu bringen, und endlich dieses letztere Heilmittel ohne Furcht larga manu zu geben, weil es immer gut vertragen wird.

Wenn Sie, meine Herren, dieser dreifachen Indication folgen, so können Sie leicht die Abwege und traurigen Irrthümer vermeiden.

VI.

Es bleibt noch ein letzter Punkt zu betrachten übrig, um unsere Aufgabe zu erschöpfen und dieser Punkt bezieht sich auf die Differentialdiagnose zwischen der hereditären Syphilis und der acquirirten Syphilis der Kinder. Wir wollen das, was wir thun wollen, genau präcisiren.

Nehmen wir an, wir haben hier eine Erkrankung, die deutlich und unzweifelhaft Syphilis ist und die wir an einem Kinde oder Adolescenten, dessen Krankengeschichte nicht bekannt ist, sehen. Haben wir nun Zeichen, klinische Vorgänge, um den Ursprung dieser Erkrankung zu bestimmen und genau anzugeben, ob sie das Resultat einer hereditären oder einer acquirirten Syphilis ist? Mit anderen Worten können wir nach dem Examen des Kranken dahingelangen, zu sagen: „Diese Erkrankung ist sicher das Product einer Syphilis, welche der Kranke bei der Geburt mit sich gebracht hat, oder im Gegentheil, diese Erkrankung kommt sicher von einer Syphilis, die das Kind nach seiner Geburt sich zugezogen hat? — Bei einer Frage dieser Art werde ich nicht zaudern, in folgender Weise zu antworten: Ja oder Nein, je nach dem Fall. Je nach dem dieser Fall ist, können wir mit Gewissheit den Ursprung der frag-

lichen Syphilis bestimmen oder wir können es nicht. Und ebenso kann ich sofort hinzufügen, wir können dies oft, aber oft wird es uns nicht möglich sein.

Es gibt in der That Fälle, wo durch die Qualität der Erscheinungen selbst, durch gewisse Zeichen, die zugegen sind und die Zeichen der specifischen Heredität an sich tragen, es erlaubt sein wird, die hereditäre Natur der Ansteckung zu bestätigen. Andererseits gibt es solche und diese sind unglücklicherweise viel zahlreicher, wo wir durch die Abwesenheit jeglicher differentialdiagnostischer Elemente im Zweifel bleiben, und wo es uns manchmal unmöglich sein wird, uns für die eine oder die andere dieser zwei Alternativen zu entscheiden.

Warum und wie das? Wegen einer Menge von Gründen, die ich Ihnen sofort auseinander setzen werde.

VII.

Wenn man im Allgemeinen die hereditäre Syphilis und die acquirirte Syphilis in eine Parallele stellt, so kann man sicher bei der einen und bei der anderen so vielfältige und so einschneidende Differenzen constatiren, dass der erste Eindruck der ist, dass man sich frägt, ob diese zwei Formen der Ansteckung jemals verwechselt werden können. Fünf Hauptcharaktere unterscheiden die hereditäre Syphilis von der in der Kindheit acquirirten Syphilis, nämlich:

I. Die Epoche der Invasion; die hereditäre Syphilis tritt kurze Zeit nach der Geburt, wenigstens in der grossen Zahl der Fälle auf. Jedermann weiss, dass ihre ersten Erscheinungen gewöhnlich sich im Alter von 3, 4, 5 oder 6 Wochen zeigen; manchmal auch, aber dies ist seltener, findet man sie schon im Augenblick der Geburt in voller Entwicklung.

Ganz im Gegentheil beginnt die acquirirte Syphilis in einer viel späteren Zeit; um mich besser auszudrücken, ihr Anfang ist dem Zufalle der Ansteckung, die sie erzeugt, unterworfen. Es kann ja möglich sein, dass diese Ansteckung sich in einem Zeitraum, der mehr oder weniger nahe der Geburt ist, entwickelt. Selbst in diesem Falle ist das Erscheinen des syphilitischen Primäraffectes einige Wochen durch die Incubation desselben hinausgeschoben. Aber es kann auch sein, dass sich diese Ansteckung in einem entfernten Zeitraum, in einem von der Geburt weit entfernten Zeitraume entwickelt, d. h. über die ersten Monate, selbst über die ersten Jahre hinaus. Es kann z. B. sein, das sie Kinder von 2, 4, 5, 6, 10 Jahren wie auch schon halberwachsene Personen befällt.

Bei diesem Anlasse wird es nicht uninteressant sein, einige Ziffern aufzuzählen. Hier sind diejenigen, die mir meine persönliche Statistik liefert:

Unter 42 Fällen von in der Kindheit acquirirter Syphilis finde ich, dass die Ansteckung geschehen ist:

im Verlaufe des	1.	Jahres .	19	mal
„	2.	„ .	10	„
„	3.	„ .	3	„
„	4.	„ .	4	„
„	5.	„ .	1	„
„	6.	„ .	1	„
„	8.	„ .	1	„
„	9.	„ .	1	„
„	14.	„ .	2	„

Von diesem Gesichtspunkte aus besteht also eine deutliche chronologische Differenz zwischen der hereditären und acquirirten Syphilis, was die Epoche des Erscheinens anbelangt.

2. Die Art der Initialsymptome:

Die hereditäre Syphilis tritt auf die Scene mit Erscheinungen, welche man in der technischen Sprache allgemeine oder constitutionelle nennt, so wie Haut-, Schleimhautsyphiliden, Coryza, Onychie, Gaumen-, Knochen- und Eingeweideerkrankungen.

Die acquirirte Syphilis der Kindheit dagegen fängt wie die acquirirte Syphilis des Erwachsenen mit einer localen oder wenigstens anscheinend localen Erscheinung an, welche für eine Zeit lang, für sechs oder sieben Wochen ungefähr, die einzige Erscheinung bleibt, durch welche sich die Krankheit verräth und erst nach mehreren Wochen zeigt sich die Invasion der Erscheinungen, die man constitutionelle oder allgemeine nennt. Mit anderen Ausdrücken, die acquirirte Syphilis der Kindheit hat als Ausgangspunkt, wie die acquirirte Syphilis der Erwachsenen, eine specielle Erscheinung, den Schanker, einen Schanker mit seinen charakteristischen Attributen, seiner charakteristischen Induration und seinem eigenthümlichen Aussehen, den Schanker mit seinem treuen Begleiter, seinem fatalen Satelliten, nämlich dem Bubo, und wir können zugleich hinzufügen, weil sich eben Gelegenheit bietet, dass der Primäraffect des Kindes klinisch sich in nichts von dem des Erwachsenen unterscheidet. Weit entfernt, sich zu unterscheiden, borgt er im Gegentheil alle seine Charaktere von denselben. Er hat von ihm die objective Physiognomie, von ihm die Induration, von ihm die gutartige und rasche Entwicklung, er hat von ihm die Drüsenschwellungen, kurz, der Schanker des Kindes ist, verzeihen Sie mir den Ausdruck, die Photographie des Schankers des Erwachsenen.

Diese so specielle Erscheinung fehlt bei der hereditären Syphilis. Die hereditäre Syphilis hat keinen Primäraffect als Ausgangspunkt und dies einfach darum, weil sie nicht von einer localen Ansteckung herkommt. Consequenterweise hat sie keine localisirte Drüsenschwellung, keinen Initialbubo, wie jede Syphilis, welche die Folge einer localen Ansteckung ist, sie hat mit einem Wort nicht das primäre Stadium der Lues. Sie äussert sich sofort durch allgemeine Erscheinungen, sie springt, um so zu sagen, über die primäre Periode hinweg, um mit dem ersten Sprung die Reihe der Erscheinungen, welche für die acquirirte Syphilis nur Consecutiverscheinungen sind, zu erreichen.

Mit einem Wort, es gibt keine acquirirte Syphilis ohne Primäraffect als Ausgangspunkt, und das sowohl in der Jugend als auch im erwachsenen Alter.

Umgekehrt gibt es keine Initialsclerose bei der hereditären Syphilis.

3. Allgemeine Physiognomie, Habitus.

Nicht immer, aber in einer grossen Anzahl von Fällen unterscheidet sich die hereditäre Syphilis und die acquirirte Syphilis der Kindheit durch das, was man Gesammtphysiognomie, den allgemeinen Habitus nennt. Der Contrast zwischen beiden ist manchmal so frappant, dass ein Augenblick für jeden Arzt genügt, um die hereditäre Syphilis mit Ausschluss der acquirirten Syphilis zu bestätigen. Ich werde Sie hier nicht aufhalten, indem ich Ihnen mit allen Details das Porträt des kleinen, hereditären Syphilitikers vorführe, ein Porträt, das genügend bekannt ist

und von der Meisterhand mehrerer unserer Vorgänger, vorzüglich von Trousseau, gezeichnet ist.

Einige Worte werden genügen, Ihnen die Hauptcharaktere, die ich für den gegenwärtigen Zweck nothwendig habe, ins Gedächtnis zurückzurufen.

1. Wird das hereditär-syphilitische Kind gewöhnlich vor der Zeit geboren. Aber wenn es auch zur Zeit geboren wird, so zeigt es meist den Habitus einer weit unter der Norm bleibenden Entwicklung. Es ist manchmal mehr eine Missgeburt als ein Kind, welches einige Wochen bis zu einigen Monaten in einem Zustand von thatsächlicher Kachexie, sagen wir besser einer langsamen Agonie, vegetirt.

Bleibt dieses Kind am Leben, was ist es dann für ein Wesen? zwar ist das nicht immer der Fall (denn gewisse Kinder — und ich habe Ihnen diese ja selbst immer gezeigt, — unterscheiden sich absolut von diesem Typus). Was ist es denn dann in der Mehrzahl der Fälle? Es ist ein verkümmertes, atrophisches, schwaches, mageres Kind, das den Anblick eines eigenthümlichen Herabgekommenseins, einer bedauernswerthen Greisenhaftigkeit zeigt. Es ist affenähnlich, hat man gesagt, es ist ein Greis in Miniatur, mit einem gefalteten Gesicht, von erdiger Hautfarbe, wie angeraucht und von graulicher Farbe; zu gross für das, was es in sich fasst, kraftlos, zusammengeschrumpft.

Nun zeigt sich ein Kind, das gesund geboren ist, wenn es zufällig die Syphilis acquirirt, unter diesen Erscheinungen? Keineswegs! Es ist ein Kind, wenn ich so sagen kann, wie alle anderen, nur hat es Syphilis.

Ich gebe zu, dass in gewissen Fällen, wo die Syphilis sehr stark auftritt, diese Kinder an einem Zustande von Auszehrung nnd Kachexi,e welcher sich in vielen Punkten dem des kleinen hereditär-syphilitischen Kranken, den ich eben besprochen habe, nähert, zu Grunde gehen können. Aber vom Anfang an werden sie, was ihren Habitus und ihre allgemeine Physiognomie anbelangt, nicht dahin kommen, sondern erst nach einiger Zeit. Ferner sind die Fälle dieser Art rar, ausnahmsweise sogar; denn wie ich Ihnen vorhergesagt habe, wird die acquirirte Syphilis der Kindheit gewöhnlich gut ertragen und ist anfangs gutartig, vorzüglich dann, wenn sie in den ersten Lebensmonaten acquirirt wurde, so, dass die hereditäre Syphilis sich oft von der acquirirten Syphilis durch ein möglichst charakteristisches Gesammtbild unterscheidet, so dass man sie, wie ich gesagt habe, auf den ersten Blick erkennt.

4. Krankheitserscheinungen oder Symptome, welche sich auf die hereditäre Syphilis allein beziehen:

Wir dürfen nicht vergessen, dass die hereditäre Syphilis sich manchmal durch diese oder jene Krankheitserscheinungen, durch diese oder jene Symptome, welche ihr eigen sind, äussert, Erscheinungen und Symptome, welche die acquirirte Syphilis nie oder höchst ausnahmsweise an sich trägt.

Was nun Laesionen dieser Art betrifft, so kann ich da vor allem eben einzelne Schädeldeformationen, die wir früher ausführlich studirt haben, erwähnen, nämlich: Buckel an den Stirnbeinen, an den Seitenwandbeinen Asymetrie des Schädels, den kahnförmigen Schädel, den hydrocephalischen Schädel. Wir können auch einige Deformationen, dieser Art, die die Nase betreffen, angeben, die wir früher unter dem Namen infantile oder angeborene Deformation der Nase beschrieben haben, wie z. B. das Einsinken oder die Abflachung der Nase an ihrer Basis.

An zweiter Stelle gibt es verschiedene Symptome, welche mehr oder weniger bei der hereditären Syphilis allgemein sind, bei der acquirirten Syphilis ganz fehlen; als Beispiel dieser Art führe ich Ihnen die drei an folgenden:

1. Coryza, 2. den Pemphigus der Extremitäten, und 3. Die Pseudoparalysen der Gliedmassen durch die Dislocation der Dia- und Epiphysen.

Diesen drei Reihen von Erscheinungen könnte ich vielleicht noch eine vierte anfügen, welche eine Art Typus eines Hautausschlages bildet, den man häufig bei kleinen hereditär-syphilitischen Kindern beobachtet, und welchen man, wenigstens unter einer gleichen Form, bei älteren Personen nicht findet. Dieser Typus besteht in Syphiliden in Flächenform, in papulösen, oder papulo-crustösen oder papulo-excoriativen Syphiliden, welche sich auf der Oberfläche bilden und welche gewisse Lieblingssitze wie z. B. das Kinn, die Lippen, und die Oberlippe sehr häufig einnehmen. Im trockenen Zustande zeigen diese Syphiliden einen aussergewöhnlichen Teint, der aber leicht erkannt wird, wenn man ihn einigemale gesehen hat, einen Teint von einer grau-rosarothen oder schmutzig-rosarothen Farbe oder einem dunklen, wie verblasstem Roth. Dieselben incrustiren sich manchmal vollständig und spalten sich in Rhagaden, vorzüglich im Niveau der Hautspalten, nämlich an den Lippen- und Augenspalten, in der Kinnfurche. Es ist auch merkwürdig, dieselben sich systematisch in den meisten Theilen der Fälle auf gewissen Theilen des Gesichtes localisiren zu sehen, solchen Theilen, welche gewöhnlich bei den Erwachsenen der Schnurrbart oder der Kinnbart bedeckt. Anderemale, wenn sie noch mehr zusammenfliessen, bedecken sie einen grossen Theil des Gesichtes, selbst das ganze Gesicht, welches dann mit einer krustigen, schwärzlichen, zerklüfteten, hie und da excoriirten Maske bedeckt ist, die ganz schrecklich abstossend und scheusslich ist.

Die Erscheinungen dieser Art sind allen Kinderärzten und Syphilidographen gut bekannt. Sie tragen einen so speciellen Ausdruck in sich, dass die Praktiker von Erfahrung sich nicht täuschen und auf den ersten Augenblick nicht nur eine syphilitische, sondern eine hereditär-syphilitische Erkrankung erkennen. Aber um alles zu sagen, so unterscheiden sie sich von den analogen Erscheinungen der acquirirten Syphilis nicht nur durch einige objective Nuancen, sondern auch durch präcise und definitive Charaktere. Diese Nuancen erkennt und beurtheilt das gewohnte Auge sofort und bildet daraus die Elemente einer sicheren und klaren Diagnose. Der didaktischen Beschreibung entgehen sie aber. Das, was das Auge begreift, ist für das Wort oft unmöglich in diesem Falle wie auch anderswo auszudrücken.

5. Gegensätze zwischen dem Alter des Kranken und der Art der Krankheitserscheinungen:

Es gibt Fälle, in denen der Charakter gewisser Erscheinungen, im Gegensatz zum Alter des Kranken, eine acquirirte Syphilis bedeutet und die Möglichkeit einer hereditären Syphilis ausschliesst. Betrachten Sie z. B. ein 10jähriges Kind, oder noch besser, ein Kind von 15 Jahren, welches eine syphilitische Erscheinung von deutlich secundärer Art, wie z. B. eine Roseola oder Schleimhautplaques zeigt. Wem werden wir diese Erkrankung zuschreiben? Einer hereditären Infection? Sicher nicht. Einer acquirirten Infection? — Sicher ja; und warum?

Weil nach den Gesetzen der Entwicklung, die bei der Syphilis genau bekannt sind, es unmöglich ist, dass eine Erscheinung dieser Art (eine Roseola oder Schleimhautpapeln) sich bei einer Persönlichkeit, deren Ansteckung auf 10 oder 15 Jahre zurückreicht, zeigen kann. Eine Roseola, Schleimhautplaques nach 10 oder 15 Jahren der Syphilis gibt es nicht und wird es nicht geben; denn es würde ein ganz ungeheurer Bruch mit der chronologischen Lehre der Erkrankung sein. Eine Erscheinung dieser Art zeigt ganz klar, dass man es mit einer ganz jungen Erkrankung zu thun hat. Es wäre also eine klinische Haeresie, derselben unterzuschieben, dass der Ursprung der Ansteckung auf 10 oder 15 Jahre zurückginge.

Consequenterweise kann also diese Erscheinung nur von einer frischen Infection herrühren, woraus die Nothwendigkeit einer acquirirten Infection mit Ausschluss einer hereditären Infection folgt.

Diese fünf vorhergehenden Betrachtungen bilden sicher zwischen der hereditären und acquirirten Syphilis der Kindheit deutliche und absolute Unterschiede. Wenn wir nun immer zu ihnen Zuflucht nehmen könnten, so würde es uns leicht sein, unter allen Umständen die Differentialdiagnose zwischen der hereditären und der acquirirten Syphilis aufzustellen. Diese Diagnose würde dann nur ein Kinderspiel sein.

Aber zeigen sich nun diese Dinge immer so auf der Klinik? — Weit entfernt. Die Fälle, in denen wir, um unser Urtheil zu bilden, weder über Antecedentien, die unbekannt geblieben sind, noch über die Modalitäten der Anfangssymptome der Erkrankung, noch über diese oder jene klinische Eigenheit, die sich auf den Habitus bezieht, noch über die charakteristische Form eines vorhandenen Symptoms verfügen, sind sehr zahlreich. Um ein Beispiel anzuführen, werde ich Ihnen nur eine der zahlreichen Beobachtungen der letzten Jahre vorführen:

Hier haben Sie ein 12-jähriges Kind, welches uns wegen einer doppelten Erkrankung, nämlich einer tibialen Hyperostose und einer gummösen Ulceration des Gaumensegels zugeführt wurde. Die syphilitische Qualität dieser zwei Erscheinungen wird nicht einen Augenblick zweifelhaft sein; sie wurde übrigens auch später durch die Behandlung erwiesen. Die Syphilis ist also bei diesem Kinde klar; aber woher kommt die Syphilis? Ist die Infection in diesem Falle eine hereditäre oder acquirirte? Das ist die Frage und die einzige in Schwebe stehende Frage.

Können wir nun diese Frage durch die so präcisen und klaren Betrachtungen, die ich vor ihnen entwickelt habe, lösen? — Nein; denn keine von ihnen lässt sich hier anwenden.

Erstens wissen wir nichts über die Vergangenheit dieses Kindes und wir können davon nichts wissen; denn es ist nach Vater und Mutter eine Waise und wurde uns durch fremde Personen hiehergeführt. Consequenterweise wissen wir gar nichts, was den Zeitpunkt des Eintrittes der Syphilis bei diesem kleinen Kranken betrifft, nichts über den Charakter der ersten Erscheinungen. Gehen wir weiter; andererseits ist kein diagnostisches Anzeichen von diesem Kinde in Bezug auf die Physiognomie und den Habitus zu gewinnen. Drittens haben die thatsächlichen Erscheinungen, die das Kind darbietet, gar nichts Charakteristisches ihrem Ursprung und ihrer Provenienz nach, an sich, d. h. ich finde nichts, was eine hereditäre oder eine acquirirte Infection beweisen würde.

Eine Hyperostose, ein Gaumengumma sind ebenso Erscheinungen der acquirirten als der hereditären Syphilis.

Endlich gibt das Alter in diesem Falle in Bezug auf die Diagnose keinen Fingerzeig, denn im Alter von 12 Jahren kann eine Knochenerkrankung und ein Gumma am Gaumen ebenso gut die Folge einer hereditären, als auch einer acquirirten Syphilis der Kindheit sein und so geht es weiter in allen Punkten. Nun, halten Sie diesen Fall für keinen Ausnahmsfall! Dieser Fall ist im Gegentheil einer aus der Reihe derjenigen, welchen man sehr häufig in der Praxis, vorzüglich im Hospital begegnet. Sehen Sie in ihm nur ein Beispiel, ein Protoyp der gewöhnlichen Schwierigkeiten, mit denen Sie sich herumzuschlagen haben werden. Man muss consequenterweise sagen, dass bei vielen Gelegenheiten der Ursprung der specifischen Erscheinungen der tertiären Reihe, die sich Ihrem Examen darbieten, durch diagnostische Elemente, von denen wir gegenwärtig sprechen, nicht bestimmt werden kann. Sehr häufig muss ich auch behaupten, werden Sie durch dieselben nicht dahingelangen können, zu bestimmen, ob Sie es mit Erscheinungen der hereditären Syphilis oder mit Erscheinungen der acquirirten Syphilis zu thun haben.

VIII.

Wenn nun in der Reihe dieser Fälle sich die natürlichsten und klarsten Elemente der Diagnose vor uns verschleiern, werden wir immer in der absoluten Ohnmacht bleiben, den Ursprung der Syphilis bei unserem Kranken zu bestimmen? Oder besitzen wir noch einige Zeichen, die derart wären, dieses Problem aufzuhellen? — Ja und nein, je nach dem Fall.

Nehmen wir an, es sei die ganze Vergangenheit des fraglichen Kranken uns unbekannt. Wir wissen nichts und können von ihm nichts erfahren; wann bei ihm diese Syphilis erschienen ist, wie sie sich in ihrem Ursprung und später gezeigt hat, welches die Erkrankung und welches die Krankheitsstörungen, die ihr als Ausdruck gedient haben, sind u. s. w., alles das wissen wir nicht, nehmen wir an. — Aber wenn die Vergangenheit uns verborgen ist, so bleibt uns wenigstens die Gegenwart. Wir haben sie unter den Augen, wir verfügen über dieselbe. Wir haben also die Gegenwart, welche den gegenwärtigen Zustand des Kranken bedeutet, wir haben die volle Freiheit selbe im Detail zu analysiren, um, wenn es möglich ist, ein Anzeichen, eine Eigenheit die imStande wäre, die Diagnose in suspenso zu erhellen, von ihr zu erreichen. Suchen wir also nach dieser Richtung hin.

I. Haben wir also nun im Anfang irgend eine Erklärung von der Betrachtung dieser Symptome oder Krankheitserscheinungen, zu erwarten?

Nein, für die Mehrheit der Fälle, und das aus dem einfachen Grunde, weil eine tertiäre Erscheinung der hereditären Syphilis sehr häufig identisch ist mit einer tertiären Erscheinung der acquirirten Syphilis. Welchen Unterschied könnte man z. B. aufstellen zwischen einem gummösen Syphilid hereditärer Provenienz und einem solchen Syphilid, das durch erworbene Syphilis veranlasst wurde? — Dasselbe gilt für eine ganze Menge anderer Erscheinungen: Gummen des Zellgewebes, Gummen des Gaumens, Gummen der Eingeweide, Gehirnleiden, Erkrankungen des Rückenmarkes, gleichen einander, welchen Ursprung sie auch

haben. Nur in gewissen, eigenthümlichen Fällen kann die Qualität, wenn ich so sagen kann, der Krankheitserscheinungen dazu dienen, den hereditären Ursprung, zu erkennen oder wenigstens zu Gunsten dieses Ursprungs einige wirklich ernste Folgerungen zu gestatten.

Ihnen die Fälle dieser Art aufzuzählen, würde unsere klinische Darstellung der Erscheinung der hereditären tardiven Syphilis wieder anfangen heissen. Ich verweise Sie daher auf verschiedene Capitel, welche vorhergehen und werde nur einige besondere Beispiele citiren.

Die Keratitis interstitialis ist sicher in ihrer Art das Prototyp der Erscheinungen, die gewöhnlich die Folge einer hereditär-syphilitischen Infection sind und sie ist in der That eine Haupterscheinung der hereditären Syphilis, und so habe ich sie in der That nicht weniger als 88mal unter 212 Beobachtungen, die meine Statistik zusammensetzen, gefunden; sicher hat diese Ziffer ihre Beredsamkeit. Ueberdies ist hier eine jener Erscheinungen, deren pathognostische Beziehung mit der hereditären Syphilis ganz klar festgestellt wurde und das nicht allein durch Hutchinson, sondern auch durch die Einstimmigkeit beinahe aller Aerzte, welche nach ihm dieselbe Frage studirt haben. Ohne Furcht vor Widerspruch oder Uebertreibung kann man heutzutage sagen, dass die Keratitis interstitialis eine jener Krankheitserscheinungen ist, die der specifischen Heredität am familiärsten ist.

Ist aber nun die Keratitis interstitialis pathognomonisch? Kommt sie nur ausschliesslich unter dem Einfluss der hereditären Syphilis vor? — Keinesfalls; Sie erinnern sich, dass ich, als ich dieselbe mit Ihnen studirte, mich verwahrt habe, sie als solche zu betrachten. Ganz im Gegentheil, ich habe mich bestrebt, Ihnen zu zeigen, dass dieselbe nur eine trophische Störung bildet, und dass sie unter diesem Titel Krankheitsursachen verschiedener Art, specifische oder gewöhnliche haben kann. Jedenfalls, und um nicht allein von diesem Punkte, welcher uns für den Augenblick interessirt, zu sprechen, ist es auch ausser Zweifel, dass man diese Keratitis als eine Consequenz einer acquirirten syphilitischen Infection beobachtet hat.

Sie sehen also, dass wir dieselbe nicht als ein absolutes und peremptorisches Zeugniss einer hereditären Syphilis betrachten können.

Nachdem wir ausdrücklich diese Ausnahmen gemacht haben, so muss ich dennoch mich bestreben, anzuerkennen, dass für die grosse Mehrheit der Fälle die interstitielle Keratitis eine Manifestation der hereditären Syphilis ist. Ich glaube mich nicht zu weit einzulassen, noch die Grenzen der klinischen Wahrheit zu überschreiten, wenn ich sage, dass unter 20 Fällen von Keratitis interstitialis man 15 zum wenigsten, ich bitte die Proportion genau zu merken, an Kindern, die von syphilitischen Eltern abstammen, findet. Es ist dies genug, um die semiologische Wichtigkeit, die sie in sich haben, klarzustellen und es ist dies genug gesagt, um zu wissen, in welchem Sinne die Diagnose wegen des Ursprungs einer Syphilis gerichtet werden muss, wenn man eine Erkrankung dieser Art constatirt.

Ebenso werden gewisse Erkrankungen des Gehörs, welche sich in der Kindheit und Adolescenz zeigen, als eine gewöhnliche Ursache des Einflusses der specifischen Heredität sich darstellen. So ist es vorzüglich diese eigene Form der Taubheit, die wir unter dem Namen der surdité profonde beschrieben haben und welche das Charakteristikum hat, dass

sie gewöhnlich im Gefolge von einfachen Otitiden sich bildet, meist ohne erkennbare Laesion sich dann rasch ausbildet und mit einer ungewohnten, staunenswerthen, aussergewöhnlichen Rapidität verstärkt, in kurzer Zeit eine beträchtliche Intensität erlangt und dann später beinahe immer auf einem definitiven Standpunkt bleibt, indem sie sich gegenüber jeder Einmischung der Kunst unveränderlich erweist.

Bildet nun diese Taubheit, deren pathogenetische Verbindung mit der hereditären Syphilis unläugbar und offenbar ist, bildet diese ein pathognomonisches Symptom der hereditären Syphilis? Abermals nein; man hat sie als solches bis in die letzte Zeit, auf das Wort von Hutchinson hin, angesehen. Aber Sie wissen, dass die Thatsachen der neuesten Beobachtungen uns die Möglichkeit einer Taubheit, die mit der obigen in allen Punkten identisch ist, in zwei Reihen von verschiedenen Fällen offen lassen, nämlich: in der Tabes, welche, in der That 9 unter 10-mal von der Syphilis herrührt, und in der acquirirten Syphilis. Wir wollen nun nicht von der Tabes sprechen, welche ganz andere Kennzeichen hat, um sie zu bestätigen und klinisch zu unterscheiden. Aber was die acquirirte Syphilis betrifft, muss erwähnt werden. Man hat also im Verlaufe der acquirirten Syphilis bemerkt, und zwar sicher, dass von dieser Syphilis Störungen des Gehörs sich bilden können, die in einer Art genau das Bild der tiefen Taubheit der hereditären Syphilis geben, so dass also die hereditäre Syphilis nicht das Monopol dieser so merkwürdigen Form der Taubheit hat. Wir können jedoch hinzufügen, dass diese Taubheit, welche mit so einer klaren und unläugbaren Heftigkeit im Verlauf der hereditären Syphilis vorkommt, im Gegentheil nur eine seltene Erscheinung, ja eine ausnahmsweise der acquirirten Syphilis ist. Daraus können Sie den Schluss für die Diagnose, welche uns beschäftigt, ziehen.

Ebenso haben die Knochenerkrankungen der hereditären Syphilis ein ganz specielles Zeichen, das die acquirirte Syphilis nicht an sich hat. Wenn man daher an einem Kinde oder an einem Adolescenten vielfache Knochenerkrankungen findet, die an der Oberfläche des Knochens mehr concentrirt sind und massive und deformirende Hyperostosen bilden, die gewisse Knochen krümmen oder zu krümmen scheinen, wie z. B. die Tibia (z. B. die sogenannte tibia en lame de sabre) und die auch diese oder jene Eigenthümlichkeiten zeigen, die ich Ihnen im Vorhergehenden beschrieben habe, so glaube ich, braucht man über die hereditär-syphilitische Natur dieser Erkrankung keinen Zweifel zu haben. Die hereditäre Syphilis muss in einem solchen Falle ganz sicher als der Ursprung dieser Erkrankung bezeichnet werden mit Ausschluss der acquirirten Syphilis. Und so könnte ich Ihnen viele andere Erscheinungen anführen; ich komme aber bei jeder derselben wie beim Vorhergehenden zu demselben Schlusse, nämlich, dass gewisse Eigenthümlichkeiten, welche derselben anhaften, wohl Annahmen, ich bitte das Wort Annahme zu bemerken, — zu Gunsten der hereditären Provenienz bilden, aber in diesem Sinne keine formellen, unbestreitbaren, pathognomonischen Zeichen sind.

Zweiter Punkt:

Werden wir nun glücklicher sein, wenn wir die Untersuchung für die Person des Kranken, auf seinen Habitus, auf sein Gesicht, den Zustand seines Skeletes, den Zustand seiner Zähne, ausdehnen?

Sie wissen, meine Herren, aus dem Vorausgehenden, welches die Zeichen dieser Art sind und welchen Werth man ihnen beilegen kann, denn wir haben sie schon in dem vorhergehenden Capitel weitläufig studirt, soweit als sie die Elemente der retrospectiven Diagnose der hereditären Syphilis sind, ich brauche daher auf diesen Gegenstand nicht zurückzukommen oder vielmehr ich werde nur darauf zurückkommen, um nachzuforschen, in welchem Masse diese fraglichen Zeichen an der Lösung des Problems, welches uns thatsächlich beschäftigt, theilnehmen können.

Hier finde ich nur zwei wirklich differential diagnostische Elemente, nämlich die zwei folgenden:

1. Die Missbildung der Zähne, die unter dem Namen der halbmondförmigen Ausbuchtung der mittleren, oberen Schneidezähne, oder noch geläufiger unter dem Namen Hutchinson'scher Zahn bekannt ist.

2. Missbildungen oder Deformitäten der Knochen verschiedenen Sitzes.

Bezüglich des semiotischen Werthes, den man den Hutchinson'schen Zähnen zuschreiben muss (ich spreche nur von den wirklich Hutchinson'schen Zähnen und nicht von den Verschiedenheiten der Missbildungen oder den Erosionen der Zähne, welche man manchmal unter diesem Ausdruck fälschlich versteht,) kann ich Sie nur an den Schlussatz erinnern, mit welchem wir die erste Parthie unserer Arbeit geschlossen haben und Ihnen denselben wiederholen:

„Können wir also mit Hutchinson sagen, dass diese Missbildungen der mittleren oberen Schneidezähne ein pathognomonisches Zeichen sind, welches genügt, einen hereditär-syphilitischen Einfluss zu constatiren? — Nein. — Ich kann nicht so weit gehen, und dennoch bin ich noch immer auf der Suche, einen einzigen Fall zu finden, wo dieses Zeichen mich getäuscht hätte. Ich suche noch immer einen Fall von Zahnmissbildung mit einer halbmondförmigen Auskerbung des freien Randes der grossen mittleren Schneidezähne, welche unter anderen Bedingungen als durch die hereditäre Syphilis hervorgebracht wäre, derart, dass, wenn ich mich an die Resultate meiner persönlichen Beobachtung halten würde, ich ganz gewiss in der Versuchung wäre, die Specificität dieses Hutschinson'schen Zahnes zu bestätigen. Aber ich glaube, dass bei einer so neuen Frage die Klugheit sehr nothwendig ist und dass es verfrüht sein würde, absolute Schlüsse zu formuliren. Ich beschränke mich daher, Ihnen nur dasjenige zu sagen, was der thatsächliche Stand der Wissenschaft ist, nämlich:

Dass die halbmondförmige Auskerbung von Hutchinson eine formelle Annahme ist, vielleicht selbst ein gewisses Zeichen der hereditären Syphilis;

dass man dem semiotischen Werthe dieser Zahnmissbildung noch keine einzige absolut authentische, contradictorische Beobachtung entgegengesetzt hat;

aber dass man dennoch, bevor man diesem kostbaren Zeichen den Beinamen pathognomonisch geben kann, bevor man behaupten kann, dass es allein ein absolut unwiderstreitbares Zeichen der hereditären Syphilis geben könne, man noch die Weihe einer längeren Erfahrung abwarten muss.“

Dennoch scheinen mir gewisse Zahnmissbildungen oder Knochendeformitäten beinahe authentische Zeugnisse für die hereditäre Syphilis zu bilden. Wenn man daher bei einem Kinde oder bei einem Adolescenten diese oder jene Erkrankung des Skeletes, welche ich Ihnen jetzt nicht zu beschreiben brauche, wie den kahnförmigen Schädel, die frontalen oder parietalen Buckeln, die angeborene Missbildung der Nase findet, so ist man, glaube ich, autorisirt, die hereditäre Syphilis als den beinahe gewissen Ursprung dieser Knochenerkrankungen anzunehmen; und sicher auch ist man autorisirt, die acquirirte Syphilis als mögliche Ursache dieser Erkrankungen auszuschliessen. Aber nebst dieser halbmondförmigen Auskerbung von Hutchinson und gewissen Missbildungen des Skeletes, bieten alle anderen Zeichen, welche wir kürzlich studirt haben und welche, wie wir gesehen haben, sehr nützlich für das Nachsuchen und die Entdeckung der hereditären Syphilis ausgebeutet werden können, nur einfache Annahmen dar, oder geben nur ungewisse Anzeichen, wenn man sie für die Differentialdiagnose der hereditären und der acquirirten Syphilis verwenden will. Denn in der That können verschiedene Eigenthümlichkeiten, welche man als unzweifelhafte Zeichen der Heredität betrachtet hat, ebenso durch die acquirirte Syphilis hervorgerufen werden.

Das haben, was mich betrifft, meine Nachforschungen über diesen Gegenstand im Laufe der letzten Jahre ergeben. Ich habe mich bestrebt, einen strengen Vergleich zwischen der hereditären und acquirirten Syphilis aufzustellen in Hinsicht auf die Erscheinungen, welche durch die eine und die andere entstehen können, sowie auch in Hinsicht auf die Zeichen und die späteren Ueberreste, die diese Krankheiten als Folgen hinterlassen, und durch diese Studien sind einige Resultate gewonnen worden, welche in dem letzten Theile des Exposées Platz haben werden.

I. Zunächst will ich über die Hautnarben, über die in letzter Zeit als verdachterregende Zeichen der hereditären Syphilis soviel gesprochen wurde, sagen:

Gewiss kann man die Hautnarben (zu denen man auch die Narben gewisser Schleimhäute rechnen kann) als sehr wichtige und deutliche diagnostische Kennzeichen der Syphilis im Allgemeinen anerkennen. In dieser Hinsicht gibt es keinen Zweifel und keine mögliche Entgegnung. Bitte aber zu bemerken, dass diese Narben, deren Charaktere wir in einer unserer ersten Vorlesungen beschrieben haben, nur eine allgemeine Sache beweisen, die Syphilis und sonst nichts. Für die enorme Mehrheit der Fälle bestätigen sie die hereditäre Syphilis nicht mehr als die acquirirte Syphilis.

Ich gebe zu, dass manchmal die Specialität des Sitzes diesen Narben einen reellen Werth verleiht, von dem die Diagnose einen Vortheil ziehen wird. Es ist z. B. unläugbar, dass die Narben, welche die Lenden, die hintere oder vordere Schenkelgegend bedecken, sehr häufig auf ulceröse Syphiliden des ganz jungen Alters hindeuten, und das aus einem Grunde, den ich Ihnen zur gelegenen Zeit und am gelegenen Orte erklärt habe. Consequenterweise rühren die Narben dieser Localitäten sehr häufig von einer hereditären Syphilis. Das habe ich gesagt und sage es nochmal.

Das gilt auch für einige Narben anderer Körperstellen, wie vorzüglich für die Narben an den Commissuren des Mundes, der Lippen und um die Lippen herum.

Aber, um alles zu besprechen, so bezeichnen diese Narben nur eine retrospective Thatsache, d. h. dass sich an ihrem Sitze einmal eine Ulceration befunden hat. Nun können diese Ulcerationen von verschiedenen Ursachen, sowohl von gewöhnlichen als auch von specifischen herrühren und nichts hindert sie, dass sie nicht auf solchen Punkten, welche der Lieblingssitz der hereditären Syphilis sind, sich localisiren. Daher hat die Narbe, wo immer sie sich befindet, nichts streng Pathognomonisches. Ich für meinen Theil werde, wenn ich Narben am Schenkel, den Hinterbacken, um die Lippen vor mir habe, mich nach diesem einzigen Zeichen absolut weigern, die Diagnose der hereditären Syphilis zu stellen und ich bin überzeugt, dass ich mit jedem Arzt in Uebereinstimmung bin.

Daraus erhellt, dass die Hautnarben, wo sie auch immer sitzen mögen, niemals mehr sind als einfache Annahmen, und nicht Zeichen einer reellen Gewissheit der hereditären Syphilis.

II. Wir kommen nun zu den Erosionen der Zähne im Allgemeinen zur Missbildung des Zahnsystems (den Hutchinson'schen Zahn ausgenommen).

Im Anfange haben einige unserer Collegen diese Zahnmissbildungen als ein Zeichen der syphilitischen Heredität betrachtet. Man hat aber, wie Sie sehen, davon abgehen müssen; denn man hat anerkennen müssen, dass die Syphilis nicht die alleinige Ursache ist, welche diese Zahnmissbildungen hervorbringt, die ja einfache trophische Störungen sind und von irgend einer Ursache abstammen können, welche momentan die allgemeine Ernährung und durch sie die Ernährung des Zahnsystems herunterbringt.

Des weiteren — und das interessirt uns directer — ist es durch meine persönlichen Untersuchungen klar geworden, dass die acquirirte Syphilis im ganz jugendlichen Alter ebenfalls Ursache der Zahnmissbildungen dieser Art sein kann. Dafür schulde ich Ihnen den Beweis und diesen Beweis werden Sie in den folgenden Beobachtungen finden.

Wir hatten die letzten Jahre in unserer Klinik ein 16jähriges Mädchen, das mit einem Gumma des Gaumensegels behaftet war. Diese Erkrankung war die Folge einer Syphilis, die die Kranke in ganz jugendlichem Alter sich zugezogen hatte und zwar von ihrer Mutter, die durch einen syphilitischen Säugling inficirt war. Dieses junge Mädchen zeigte nun eine ganze Reihe von sehr ausgesprochenen Zahnerosionen, nämlich: Erosionen in Furchen auf den vier oberen Schneidezähnen, becherförmige Erosionen an den zwei unteren Scheidezähnen, sehr ausgesprochene Atrophie der beiden Eckzähne an ihren Spitzen.

Sehen Sie hier dieses 14jährige Kind, das kürzlich wegen eines ausgedehnten, gummösen Syphilids des Beines auf die Klinik aufgenommen wurde. Die Krankengeschichte ist ganz dieselbe wie die der vorigen Kranken. Auch diese Kranke bekam im Alter von einigen Wochen die Syphilis von ihrer Mutter, welche zur selben Zeit einen syphilitischen Säugling stillte. Vom 3. zum 8. Monat war die Patientin, sagt uns die Mutter, „mit einer Unzahl von Knötchen und Ulcerationen, von denen sie jetzt noch die Spuren hat, bedeckt, so dass sie beinahe daran starb.“ Nachdem sie damals einer energischen und prolongirten Behandlung von einem unserer Collegen unter zogenwurde, wurde sie ausgeheilt und blieb von allen Erscheinungen frei bis zu dieser neuerlichen Erscheinung der jetzigen Er-

krankung, welche sie in unser Spital geführt hat. Untersuchen Sie nun die Zähne dieses Kindes und Sie werden eine ganze Reihe von Erosionen finden, die identisch denjenigen sind, welche ich Ihnen so oft an unseren hereditär-syphilitischen Kranken gezeigt habe.

An den oberen vier Schneidezähnenbefinden sich Erosionen in tranversalen Furchen mit einer sehr ausgesprochenen Atrophie des freien Randes der kleinen seitlichen Schneidezähne; Erosionen in derselben Form an drei unteren Schneidezähnen; eine Furchenerosion an dem vierten und eine Atrophie des oberen Theiles der zwei unteren Eckzähne.

Hier haben Sie noch ein 14-jähriges Mädchen, welches unsere Aufmerksamkeit verdient. Nach dem Allgemeinzustand seines Zahnsystems, wie auch nach einigen anderen Eigenthümlichkeiten, welche ich mit Stillschweigen übergehe, wurde ich dazu geführt, eine hereditäre Syphilis zu vermuthen. Die Kranke war thatsächlich mit Syphilis afficirt, aber mit einer Syphilis, die sie von ihrer Amme bekommen hatte. Auch bei ihr finden Sie eine Anzahl von Anomalien des Zahnsystems, welche man gewöhnlich bei Hereditär-syphilitischen findet, nämlich: Missbildungen der Backenzähne, Irregularität der Einpflanzung gewisser Zähne, zahlreiche Furchen auf den oberen und unteren Schneidezähnen, becherförmige Erosionen, Flächenerosionen auf einem Zahn; Atrophie an der Spitze mehrerer Zähne, Amorphismus an zwei oberen seitlichen Schneidezähnen. [1])

[1]) Diese letztere Beobachtung theile ich hier summarisch mit:

X., 14 Jahre alt, wurde in das Hospital St. Louis wegen einer eczematösen Affection aufgenommen. Ich übergehe mit Stillschweigen die Details, die sich auf diese Krankheit beziehen, da sie dem Gegenstande, der uns gegenwärtig beschäftigt, ganz fremd sind. Während wir das Kind untersuchten, wurde unsere Aufmerksamkeit durch den Zustand des Zahnsystems erregt, welches eine ganze Reihe von Erkrankungen zeigte, die denjenigen, die man in der hereditären Syphilis beobachtet, identisch waren. Wir gingen mit unserem Examen in diesem Sinne vor, und entdeckten verschiedene Zeichen, welche den Verdacht einer hereditären Infection zu bestätigen schienen, nämlich: zahlreiche vertiefte Narben, welche verschiedene Gegenden des Körpers bedeckten, vorzüglich aber die Lenden, die Schenkel und den Rücken. Eine leichte Verdickung der Tibia, eine Kyphose, die von Kindheit her datirte, ein deutliches Zurückbleiben der physischen Entwicklung, kleiner Wuchs und Zartheit der Formen. Wir beriefen die Eltern des Kindes in das Spital, um sie in Hinsicht auf Syphilis zu untersuchen, und aus dieser Untersuchung resultirte: Vater und Mutter des Kindes sind frei von Syphilis; die Mutter machte zehn Schwangerschaften durch, von denen zwei mit Fehlgeburten und acht mit der Geburt gutgebildeter Kinder, von denen noch sieben am Leben und wohlbehalten sind, beendet wurden. Das Kind, welches starb, starb im Alter von 4 Jahren an einer croupösen Angina. Unsere kleine Kranke wurde gesund geboren und allsogleich einer Amme übergeben. Drei Monate später wurde sie in einem bedauernswerthen Zustande nach Paris gebracht, ganz bedeckt mit Knötchen und Ulcerationen. Doctor Bourgeois, der die Kranke zu dieser Zeit sah, erklärte, dass sie mit Syphilis inficirt sei, und sagte, dass sie diese Krankheit von ihrer Amme bekommen habe. Man brachte in der That in Erfahrung, dass diese Amme an Lues litt, dass ihr Kind mit derselben Erkrankung behaftet war und daran starb; dass überdies ein anderes Kind, dem sie zur selben Zeit die Brust gab, Erscheinungen derselben Art dargeboten habe und ebenfalls starb. — Eine 5 Monate fortgesetzte antiluetische Behandlung heilte das Kind. Seit der Zeit hat es keine Spur der Syphilis gezeigt. Es war immer bei voller Gesundheit mit Ausnahme von einigen unwichtigen Erkrankungen.

Was die Zahnanomalien betrifft, die uns im Anfange auffielen, so bestehen sie in Folgendem:

I. Missbildungen des Kiefers. Der Oberkiefer ist in seiner mittleren Partie nach vorwärts geschoben nach Art eines Kahnes, so dass die oberen Schneidezähne in der Ebene viel weiter nach vorne stehen als die unteren, welche sie ungefähr um 1 *cm* überragen. Der Unterkiefer dagegen ist transversal erweitert, so dass die Mahlzähne seitlich die Ebene der oberen Mahlzähne überragen.

Können wir aus diesen verschiedenen Thatsachen und einigen anderen ähnlichen schliessen, dass die acquirirte Syphilis im jugendlichen Alter im Stande ist, alle diese Zahnformationen, welche so häufig durch die hereditäre Syphilis bedingt wurden, hervorzubringen, und dass sie fähig ist, dieselben Gestalten an demselben Sitze, im Niveau der Krone z. B. zu bilden? — Keinesfalls; und das aus zwei Gründen:

1. einmal, weil ein solch' allgemeiner und radicaler Schluss die Resultate, die wir über die Thatsachen haben, über die wir im Augenblicke verfügen, überschreiten würde; und

2. weil es gewiss von verschiedenen Gesichtspunkten eine klinische oder besser gesagt, eine anatomische Haeresie in sich schliessen würde. Denn es ist evident, dass gewisse Zahnerosionen nur durch die hereditäre Syphilis hervorgebracht werden. (Eine Ausnahme bildet die mögliche Eventualität einer Anomalie der Zahnentwicklung.)

Die beiden grossen Backenzähne fangen an, sich gegen das sechste Monat des Fötallebens mit der Kuppe des Zahnbeins zu bedecken, so dass also im Momente der Geburt selbst, das Zahnbein in der Höhe von 2 *mm* gebildet ist. Daher bedingt jede Alteration, die die Oberfläche, d. h. die Kaufläche dieser Zähne betrifft, eine Krankheitsursache, die ihren Einfluss noch im Laufe des intrauterinen Lebens ausgeübt hat.

Daher kann es gewiss nicht die acquirirte Syphilis sein, die jemals eine Erkrankung dieser Art hervorbringen kann, da sie ja nach der Geburt entstanden ist. Wenn man daher eine solche Erkrankung für syphilitisch hält, so kann man sie nur einer hereditären Syphilis zuschreiben. Aber diese Ausnahme vorausgesetzt, ist es sicher, dass die im jugendlichen Alter zugezogene Syphilis gewisse Anomalien, gewisse Missbildungen des Zahnsystems, die mehr oder weniger analog, ja manchmal denjenigen, die die hereditäre Syphilis hervorbringt, identisch sind, hervorbringen kann.

III. Ja auch die allgemeine Physiognomie der hereditären Syphilis kann die acquirirte Syphilis annehmen. Sie wissen z. B., dass einer der

II. Ist eine Unregelmässigkeit der Einpflanzung der oberen Eckzähne vorhanden, welche ganz ausserhalb ihrer Reihe stehen. Diese Zähne wachsen aus dem Kiefer ungefähr 1 *cm* oberhalb der benachbarten Zähne, so dass ihr unteres Ende beiläufig mit dem Hals der Schneide- und kleinen Mahlzähne correspondirt. Ueberdies sind sie aus der Richtung abgewichen und wie um ihre Axe gedreht, sonst sind sie gut gebildet und haben keine Erosionen.

III. Verschiedene und zahlreiche Anomalien des Zahnsystems, nämlich:

1. Die grossen Schneidezähne zeigen an ihren freien Enden eine sehr ausgesprochene Transversalfurche und mehrere becherförmige Erosionen. Dieses Ende ist verdünnt, atrophirt und bräunlich.

2. Die oberen seitlichen Schneidezähne sind ihrer Form und dem Anblick nach ganz gestaltlos. Sie sind dreieckig, zugespitzt und von einem bräunlichen Grau, wie angeraucht. Man möchte sie für decalcinirte Zähne halten.

3. Die grossen Mahlzähne sind hie und da mit becherförmigen Erosionen besetzt und fangen an, cariös zu werden.

4. Die unteren Schneidezähne: Der mittlere linke zeigt in den zwei oberen Dritteln seiner Krone den Typus der flachen Erosion; der mittlere rechte hat eine atrophirte Spitze, der seitliche rechte Schneidezahn endet in einen buchtigen und atrophirten Rand; der linke ist beinahe normal.

5. Eckzähne sind normal.

6. Die zwei grossen unteren Mahlzähne sind theilweise durch Caries zerstört; die oberen und unteren vorderen Mahlzähne sind normal. Es besteht eine Missbildung des Gaumendaches, dasselbe ist sehr eng und bildet einen tiefen Spitzbogen, welcher die Nasenhöhlen zurückzudrängen scheint.

sonderbarsten Charaktere des hereditär-syphilitischen Einflusses darin besteht, dass die physische Entwicklung zurückgehalten wird. Ich habe Ihnen ja das in einer meiner früheren Vorlesungen lange beschrieben. Ich habe Ihnen oft erwähnt, dass die Hereditär-Syphilitischen dadurch bemerkbar sind, dass alle Acte ihrer organischen Entwicklung, das Wachsthum bei ihnen nur langsam und schwierig sich erfüllen, ja oft uncomplet bleiben. So bekommen sie spät ihre Zähne, fangen in einem späteren Zeitraum erst zu gehen an; sie wachsen langsam und entwickeln sich nur in einer ungenügenden Form, die mehr weniger unter dem normalen Mittel bleibt. Die Mannbarkeit zeigt sich bei ihnen langsam, ihre Hoden bleiben lange Zeit klein, der Bart lässt lange Zeit auf sich warten. Die Menstruation erscheint mit dem 17., 18. oder 20. Jahre, derart, dass durch ihren kleinen Wuchs, durch die allgemeine Verspätung in ihrer Entwicklung, manchmal auch durch die Schwächlichkeit ihres ganzen Seins diese fraglichen Personen über ihr Alter täuschen. Man hält sie für Kinder in einem Alter, wo sie schon halb erwachsen sind.

Diese verschiedenen Charakteristica, welche wir mit dem Namen Infantilismus bezeichnet haben, sind also der acquirirten Syphilis der Kindheit ebenfalls eigen. Wir haben dieselben sehr deutlich und klar bei vier unserer jungen Kranken, die die Syphilis im ersten Jugendalter sich zugezogen haben, gefunden. Ein Beispiel will ich erwähnen.

Sie haben sicher dieses 13-jährige Kind, das wir an unserer Klinik die letzten Monate wegen sehr schwerer Gehirnsymptome behandelt haben, nicht vergessen.

Diese Erscheinungen waren sicher nur — die Resultate der Behandlung haben es deutlich bewiesen, — die Symptome einer specifischen Encephalopathie, die von einer Syphilis herkam, die das Kind von seiner Amme im Alter von ein oder zwei Monaten bekommen hatte.

Dieses Kind hat nach dem Zeugnisse seiner Mutter die ersten Zähne erst im Alter von 2 Jahren bekommen. Seine ersten Schritte hat es erst mit 3 Jahren versucht. Es ist sehr langsam gewachsen und hat sich nicht entwickelt, es zählt 13 Jahre und man würde ihm nicht mehr als 8 geben. Es ist nach dem Ausdrucke der Mutter in seinen Formen ganz klein geblieben, nämlich schwächlich von Körper, schwächlich von Gliedern, kränklich von Anblick, sehr klein und verkrüppelt. Seine Hoden waren mit 13 Jahren so gross wie Kirschkerne, also ausserordentlich klein. Sie haben hier also ein Subject, das in sehr hohem Grade die Charaktere des Infantilismus nach der Art eines Hereditär-Syphilitischen trägt. Wenn ich versuchen wollte, vollständig zu sein, so hätte ich Ihnen, meine Herren, noch andere Eigenthümlichkeiten zu erwähnen, die ebenfalls als Consequenz der hereditären Syphilis und der acquirirten Syphilis des jugendlichen Alters beobachtet werden. Aber es wäre unnütz, weiter bei dieser Parallele zu verweilen, ich habe Ihnen in der That genug gesagt, so dass Sie thatsächlich über diesen Punkt, welchen ich im Auge habe, unterrichtet sind.

Aus dem Vorhergehenden erhellt in aller Klarheit, dass die acquirirte Syphilis des jugendlichen Alters sich in einer vorgerückten Periode durch verschiedene Charaktere zeigen kann, welche sie gemein hat mit der hereditären Syphilis und von denen mehrere als nur ausschliesslich dieser letzteren zugehörig betrachtet würden. Soll ich noch hinzufügen, dass dies gar nicht erstaunlich ist, denn die hereditäre oder acquirirte

Syphilis ist immer nur eine Syphilis und es ist ganz natürlich, dass sie in Erscheinungen derselben Art endet, wenn sie auch einen verschiedenen Ursprung hat.

Resumiren wir also und sagen:

I. Die verschiedenen klinischen Zeichen, die für die retrospective Diagnose der hereditären Syphilis und der acquirirten Syphilis der Kindheit in Betracht gezogen werden können, sind einestheils aus dem Charakter der thatsächlichen Krankheitserscheinungen, andererseits aus den Untersuchungen der kranken Personen gewonnen.

II. Von diesen Zeichen ist keines genügend überzeugend und gewiss, um die Bezeichnung eines pathognomonischen Symptomes zu verdienen.

III. Einige davon, — und wir wollen vor allem den Hutchinson'schen Zahn und gewisse Knochenlaesionen erwähnen, — bilden eine ernste Annahme zu Gunsten der hereditären Infection, Annahmen, die richtig und beinahe der Gewissheit nahe sind, aber im Ganzen streng genommen doch nur Annahmen sind, ohne sich zum Range einer absolut authentischen Beweiskraft zu erheben.

IV. Der grösste Theil endlich ist als differentialdiagnostisches Element beinahe baar alles Werthes, darum, weil die acquirirte Syphilis dieselben, wenn auch nicht so oft, so doch wenigstens so sicher als die hereditäre Syphilis hervorbringt.

IX.

Daraus kann man den Schluss ziehen, dass in den Fällen dieser Art das wirkliche Kriterium der Diagnose anderswo als in den klinischen Betrachtungen, wo denen wir gesprochen haben, beruht. Es beruht in Folgendem:

Erstens in den Antecedentien des Kranken, und

Zweitens in einer Untersuchung der Familie dieses Kranken.

Was die Antecedentien des Kranken betrifft, so ist es ganz klar, dass wenn sie bekannt und genau erforscht werden können, sie ipso facto die Lösung des Problems geben. Besser gesagt, wenn sie bekannt sind, so existirt das Problem nicht mehr.

Aber ich brauche Sie nicht zu erinnern, dass in der Praxis diese Antecedentien oft, ja sehr oft unbekannt bleiben, oder dass sie unter vielen Umständen nur in der Gestalt von unbestimmten, dunklen, ungewissen, im Ganzen ungenügenden Erinnerungen bestehen. Sie können sogar ganz fehlen, wie in den Fällen, um nur ein Beispiel zu erwähnen, in welchen man es mit dem ersten Auftreten einer hereditären Syphilis zu thun hat.

Es bleibt also die Untersuchung der Familie unter solchen Verhältnissen die äusserste und letzte Zuflucht der Diagnose und ich beeile mich hinzuzufügen, dass, wenn sie durchführbar ist, sie sofort durch die klaren und demonstrativen Beweise, die sie bringt, die Schwierigkeiten hinwegräumt.

Eine derartige Enquête muss sich auf die drei folgenden Punkte erstrecken:

1. Auf das Nachsuchen der Syphilis an den Eltern des Kranken;

2. auf das Suchen der Syphilis bei den andern Kindern derselben Familie;

3. auf das Nachforschen dieser merkwürdigen Polymortalität der Kinder, wie wir sie genannt haben, und welche eine so häufige Erscheinung und ein Beweis des syphilitischen Zustandes der Eltern ist.

Wenn Sie nun die Diagnose nach den klinischen Zeichen allein nicht haben stellen können, und wenn Sie glauben, dass es ein reelles, sei es ein praktisches, sei es ein wissenschaftliches Interesse hat, dass diese Diagnose klargestellt werde, zaudern Sie nicht, zu dieser Untersuchung Zuflucht zu nehmen.

Sie wissen aus dem Vorausgegangenen, wie man bei dieser Untersuchung vorgeht.

Laden Sie die Eltern des Kranken vor; wenn es nothwendig ist, suchen Sie sie selbst auf, wie es Bertin gemacht hat; kurz, auf eine oder die andere Weise bestreben Sie sich, die drei folgenden Fragen zu lösen:

1. Existirt die Syphilis in der Familie Ihres Kranken oder nicht? Wird sie von den Eltern zugegeben, oder im Falle des Verneinens, zeigt sie sich bei ihnen durch irgend ein Symptom, durch irgend ein Zeichen?

2. Existirt die Syphilis bei den andern Kindern der Familie?

3. Haben sich in dieser Familie häufig Fehlgeburten gezeigt, Geburten vor der Zeit, wurden todte oder sterbende Kinder, Kinder, die mit Syphilis behaftet waren geboren oder starb eine Reihe von Kindern im jungen Alter?

Hier haben Sie ebenso viele Documente, welche im Stande sind, die Natur der Frage, welche Sie lösen wollen, zu entscheiden und welche die bis dahin unbestimmte Diagnose sichern werden.

Von zwei Dingen gibt es also nur das eine: resultirt aus dieser Untersuchung, dass die Syphilis in der Familie Ihres Kranken sicher und thatsächlich existirt und dass sie in einer Epoche vor dessen Geburt existirte, so folgt der Schluss bezüglich Ihres Kranken, dass die syphilitischen Erscheinungen, von denen er afficirt ist, hereditärer Natur sind.

Oder aber, die Untersuchung bietet Ihnen negative Resultate, es zeigen sich keine Spuren der Syphilis in der Familie Ihres Kranken; so folgt nach aller Wahrscheinlichkeit der gegentheilige Schluss, dass die Syphilis acquirirt ist.

Auf jeden Fall, bei einem negativen wie bei einem anderen Ergebnisse, werden Ihnen die Thatsachen der Untersuchung in einer beinahe immer positiven Art den hereditären oder acquirirten Ursprung der Syphilis, die Sie unter Ihren Augen haben, zeigen.

Andererseits haben Sie nicht vergessen, hoffe ich, dass diese Untersuchung einen sehr guten Dienst der Diagnose und einen noch hundertmal kostbareren für die Praxis liefert, dann, wenn sie die Syphilis bei den Eltern zeigt, weil sie dann in demselben Falle auch bei den Kindern den syphilitischen Charakter der fraglichen Krankheitserscheinungen erhärtet, die sonst leicht einer ganz anderen Ursache als der Syphilis, vorzüglich der Scrophulose, zugeschrieben hätte werden können.

Wievielmal wurde, wie Sie aus meinen Vorlesungen ersehen konnten, die hereditäre tardive Syphilis verkannt und nicht für Syphilis gehalten, bis die Resultate der Untersuchung bei den Eltern des Kranken oder bei den andern Kindern derselben Familie die Diagnose der Syphilis klar darstellten!

So zeigt sich also die Untersuchung als eine wirkliche diagnostische Methode in doppelter Weise. Einerseits dient sie als eine Basis der Diagnose jeder Spätform der Syphilis, anderseits erhellt sie die Differentialdiagnose der hereditären und der acquirirten Syphilis.

Ich kann daher nicht genug dieses Vorgehen Ihrer Aufmerksamkeit empfehlen.

Dennoch ist diese Methode, ich weiss zwar nicht warum, nicht allgemein ihrem reellen Werthe nach geschätzt und in der Praxis nicht ausgenützt, wie sie es sein sollte. Ich für meinen Theil erkläre, dass ich ihr eine Anzahl von genauen und präcisen Diagnosen verdanke, die ich ohne sie nicht hätte machen können. Ich erkläre noch einmal, indem ich riskire, es zu oft zu wiederholen, dass selbe die Basis jeder Diagnose, welche die hereditäre tardive Syphilis betrifft, bildet. Seien Sie überzeugt, meine Herren, dass, wenn man diese Methode immer benützt hätte, d. h., wenn man sich immer damit beschäftigt hätte, in dieser oder jener Erkrankung, die wir zusammen studiren, auf die Antecedentien der Familie zurückzugehen, mit einem Worte, eine Untersuchung über die Syphilis der Eltern anzustellen, so wären eine Anzahl von höchst bedauernswerthen klinischen Irrthümern zu vermeiden gewesen, und zwar einfach deshalb, weil die Entdeckung der Syphilis in der ascendirenden Generation den syphilitischen Charakter der Erscheinung, die sich auf der descendirenden Generation gezeigt hat, bewiesen hätte.

Seien Sie auch überzeugt, meine Herren, wenn diese Methode in die Praxis unserer Vorgänger eingedrungen wäre, wie sie anfängt, in unsere einzudringen, so würden wir das heutzutage haben, was wir noch nicht haben, nämlich eine Geschichte und zwar eine complete Geschichte der tardiven hereditären Syphilis. Diese Lücke in unserer Kenntnis habe ich versucht jetzt auszufüllen: aber ich weiss, dass ich nur eine Skizze des grossen Gegenstandes entworfen habe und ich verhehle mir nicht, dass in dieser neuen, complicirten und schwierigen Frage der hereditären Syphilis eine Anzahl von Punkten, obwohl ich gethan habe, was ich konnte, noch unentschieden, streitig und selbst unbekannt bleiben.

BAYERISCHE
STAATS-
BIBLIOTHEK
MUENCHEN

So [illegible] also die Untersuchung [illegible] eine wirklich diagnostische Methode zu [illegible] Wert [illegible] als eine Stütze der Diagnose [illegible] Symptom der Syphilis [illegible] die Diff[illegible] [illegible] der [illegible] und [illegible] Syphilis.

Ich kann daher nicht genug [illegible] Anwendung [illegible] empfehlen.

Darum ist diese Methode [illegible] zwar [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] geschätzt und [illegible] [illegible] [illegible] [illegible], weil [illegible] sollte [illegible] meinen [illegible] erkläre [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] und [illegible] Diagnosen verdanke [illegible] ich [illegible] [illegible] machen können. Ich erkläre noch einmal [illegible] es zu oft zu wiederholen, dass [illegible] diese jeder Diagnose, welche die [illegible] positive Syphilis [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] Herren, dass, wenn man diese Methode immer benutzt hätte, d. h., wenn man sich immer darauf beschäftigt hätte, in dieser oder jener Erkrankung, die wir zusammen [illegible], die Ante[illegible] [illegible] Syphilis zurückzuführen, mit [illegible] [illegible] [illegible] über die Syphilis der Eltern [illegible] [illegible] eine Anzahl von [illegible] bedingenswerthen klassischen Irrthümern zu vermeiden gewesen, und [illegible] einfach deshalb, weil die [illegible] der Syphilis in der [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] Zeugung, die [illegible] der [illegible] Generation [illegible] hat, [illegible].

[illegible] [illegible] [illegible], meine Herren, wenn diese Methode in die Praxis unserer Vorgänger [illegible] [illegible] [illegible], in unsere [illegible], [illegible] [illegible] [illegible] haben, wie wir doch [illegible] [illegible], [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] Syphilis [illegible] von [illegible], obwohl [illegible] [illegible] Jahre, [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] Vortrag und [illegible] [illegible] [illegible].

In gleichem Verlag erschienen:

Die Blennorrhöe der Sexualorgane

und ihre Complicationen.

Nach dem neuesten wissenschaftlichen Standpunkte und zahlreichen eigenen Studien und Untersuchungen.

Dargestellt von Ernest Finger, Docent an der Universität in Wien.

3. wesentlich vermehrte und verbesserte Auflage. Mit 36 Holzschnitten im Text und 7 lithographirten Tafeln.

1893. Preis 10 M. Geb. M. 11.60.

Die Syphilis

und die venerischen Krankheiten.

Ein kurzgefasstes Lehrbuch zum Gebrauch für Studirende und praktische Aerzte.

Von Dr. Ernest Finger, Docent an der Universität in Wien.

Mit 5 lithogr. Tafeln. Dritte wesentlich vermehrte und verbesserte Auflage.

1892. Preis 7 M. Geb. M. 8.60.

Die Vererbung der Syphilis.

Von Prof. Alfred Fournier.

Im Einvernehmen mit dem Verfasser bearbeitet von Doc. Dr. E. Finger.

1892. Preis 5 M.

Die chirurgischen Krankheiten

der Harn- und männlichen Geschlechtsorgane.

Von Dr. Paul Güterbock,

Medicinalrath und Professor in Berlin.

Band I. Krankheiten der Harnorgane.

Theil 1. Krankheiten der Harnröhre und Prostata. Mit 101 Holzschnitten. 1890. 8 M.
» 2. Krankheiten der Harnblase. Mit 70 Holzschnitten. 1890. 8 M.
» 3. Steine und Fremdkörper der Harnblase und der Harnröhre. Chirurgische Krankheiten der Harnleiter. Mit 153 Holzschnitten. 1894. 10 M.
» 4. Chirurgie der Nieren.
Anhang: Harnabscesse, Harninfiltration und Harnfistel (in Vorbereitung).

Band II. Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane.

Theil 1. Krankheiten des männlichen Gliedes (in Vorbereitung).
» 2. Krankheiten der Hoden, Hodenhüllen und Samenwege.
Anhang: Functionelle Störungen der männlichen Geschlechtsorgane (in Vorbereitung).

K. und k. Hofbuchdruckerei Karl Prochaska in Teschen.

18/2

Albert Boser
Buchbinderei
München.

BSB Bayerische StaatsBibliothek
MDZ Münchener DigitalisierungsZentrum Digitale Bibliothek

Fournier, Alfred Jean / Körbl, Karl / Zeissl, Maximilian

Vorlesungen über Syphilis hereditaria tarda

Leipzig [u.a.] 1894

Path. 434 fld
urn:nbn:de:bvb:12-bsb11872389-6